Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 16. 22. April. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 37. Jahrgang.

Originalien.

Ueber den Einfluss des Räucherns auf die Infectiosität des Fleisches perlsüchtiger Rinder.

Von Dr. *J. Forster,* Prof. der Hygiene an der Universität Amsterdam.

Im vorigen Jahre habe ich in dieser Zeitschrift[1]) einige Versuche über die Einwirkung von Kochsalz auf pathogene Bacterien, welche in den zum Verbrauche bestimmten Weichtheilen von Schlachtthieren vorkommen können, mitgetheilt. Einige Aufmerksamkeit dürfte damals die Feststellung der Thatsache verdient haben, dass selbst nach einer Monate lang dauernden Einwirkung eines Kochsalzüberschusses Tuberkelbacillen in Glycerin-Agar-Culturen ihre Entwicklungsfähigkeit behalten und Perlsuchtknoten oder Tuberkelbacillen enthaltende Sputa ihre Infectionstüchtigkeit bewahrt hatten. Ich habe nun im Vereine mit Herrn de Freytag die Untersuchungen weiter ausgedehnt; denn entsprechend der üblichen Behandlung von Fleisch und Fleischwaaren handelte es sich darum, nicht blos die Wirkung des Einsalzens, sondern auch die des, dem Pöckeln folgenden Räucherns auf tuberculöses Material kennen zu lernen.

Von der Brustwand eines im hiesigen Schlachthause getödteten perlsüchtigen Rindes wurde ein etwa 3 kg schweres Fleischstück, an dem die anhaftende Pleura mit dicken Massen von Perlsuchtknoten bedeckt war, ausgeschnitten, sodann mit der zum Einsalzen nöthigen Kochsalzmenge bestreut und in der sich bildenden Salzlake 10 Tage lang aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Zeit wurde es aus der Lake genommen und gleichzeitig mit anderen, von gesunden Thieren stammenden und zum Verkaufe bestimmten Pöckelfleischstücken bei einem Schlächter dem gewöhnlichen Räucherungsverfahren unterworfen. Wie bei dem sogenannten Hamburger Rauchfleische des Handels üblich ist, geschah dies so, dass das Fleisch 10 Tage lang im Rauchkamine hängen blieb, während die den Rauch liefernde Feuerung anfänglich jeden Tag, später mit einem Tage Unterbrechung einwirkte. Das am 11. Tage aus dem Schornstein geholte Rippenstück glich in Bezug auf Farbe, Festigkeit, Trockenzustand und Geruch ganz dem käuflichen, geräucherten Fleische; nur erschien die Raummasse der auf der Costalpleura sitzenden Perlsuchtknoten, die auch nach dem Räuchern leicht zu erkennen waren, ziemlich stark verringert, blumenkohlartig eingeschrumpft.

Von den oberflächlich gelegenen Knoten wurden Antheile in feingehacktem Zustande sowohl nach dem 10tägigen Liegen unter Salz, als auch nach der 7—10 tägigen Einwirkung des Räucherns im Schornsteine unter den nöthigen Vorsorgen in die Bauchhöhle von Meerschweinchen und Kaninchen eingeführt. Die Versuchsthiere, welche mit den, nur dem Einsalzen ausgesetzten Perlsuchtknoten geimpft worden waren, erkrankten in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der früher mitgetheilten Untersuchungen an Tuberculose der Bauchhöhle, was makroskopisch und auf bekanntem Wege mikroskopisch festgestellt werden konnte. Von 6 Thieren, denen die geräucherten Perlsuchtknoten eingeimpft worden waren, starb eines nach kurzer Zeit an Peritonitis, die fünf anderen wurden nach Ablauf von ungefähr zwei Monaten getödtet. Bei der Section fanden wir im Netz und Mesenterium, in Leber und Milz ausgebreitete tuberculöse Wucherungen, in welchen mikroskopisch die Gegenwart von Tuberkelbacillen dargethan wurde. Die Lungen zeigten sich nur in einem Falle und ganz wenig erkrankt.

Es kann sonach keinem Zweifel unterliegen, dass wie das Einsalzen, so auch das dem Salzen folgende Räuchern die in Perlsuchtknoten enthaltenen Tuberkelbacillen durchaus nicht tödtet oder die Infectiosität von Weichtheilen, welche von perlsüchtigen Schlachtthieren stammen, keineswegs aufhebt.

Diese Ergebnisse haben meines Erachtens noch mehr Bedeutung für die Praxis als die vorhergehenden Versuche über die Kochsalzwirkung. Wie ich in meiner früheren Mittheilung erwähnte, verfährt man bei der Fleischschau in vielen Schlachthäusern, um dem Widerstreite zwischen Handels- und gesundheitlichen Belangen vermeintlich zu begegnen, in der Weise, dass man das von perlsüchtigen Thieren stammende Fleisch, wenn es zum Verbrauche in frischem Zustande nicht tauglich genug erachtet wird und demnach eigentlich vernichtet werden sollte, unter Aufsicht einsalzt und dann dem Eigenthümer zu freier Verwendung überlässt. Hier konnte man sich, auch noch gegenüber unseren Salzversuchen, mit der Annahme zufrieden stellen, dass das Fleisch nach dem Einsalzen nur in gekochtem Zustande verzehrt und dass so dessen möglichenfalls vorhandene Virulenz zwar nicht durch das Salzen, wohl aber durch das Kochen vernichtet würde. Anders ist es jedoch beim Räuchern. Denn gerade das Rauchfleisch wird in der Regel nur wenig oder nicht gekocht, sondern häufig in rohem Zustande gegessen. Hier gilt also keine Ausrede.

Die Erfahrung, dass weder Salzen noch Räuchern die Ansteckungstüchtigkeit der Perlsuchtknoten verringert oder aufhebt, ist nicht ohne Gewicht, da die Ueberzeugung mehr und mehr Raum gewinnt, dass die Uebertragung der Tuberculose durch den Genuss von Fleisch keineswegs ausgeschlossen ist. Bekanntlich hatten neben Gerlach u. A. namentlich französische Forscher wie Toussaint und Bouley[2]) auf Grund von Versuchen nicht bloss die Virulenz tuberculöser Wucherungen, sondern auch des Fleisches von perlsüchtigen Schlachtthieren behauptet. Zwar sind die Meinungen über die Grösse der Gesundheitsschädigung, welche von der Verwendung solchen Fleisches als Nahrungsmittel droht, — dies wurde neuerdings wiederum ersichtlich auf dem Pariser Congresse zum Studium der Tuberculose[3]) — noch vielfach getheilt. Denn nicht allein Fütterungsversuche, auch die Versuche, bei welchen Fleischsaft aus den Muskeln perlsüchtiger Thiere inoculirt wurde, lieferten keineswegs gleichmässige oder erfolgreiche Ergebnisse. Im Gegentheil, Nocard[4])

[1]) Münch. Medic. Wochenschr. 1889, Nr. 29.

[2]) Compt. Rend. de l'Acad. des Sciences, t. 90 u. 93, 1880 u. 1881.

[3]) Vergl. Compt. Rend. et Mémoires du Congrès pour l'étude de la Tuberculose 1888. Paris, 1889.

[4]) l. c., Compt. Rend. et Mémoires, p. 50.

beispielsweise und ebenso Bollinger und Kastner[5]) konnten nach ziemlich zahlreichen Impfungen mit Fleischsaft von Schlachtthieren, die selbst hochgradig an Perlsucht gelitten hatten, nicht oder nur ganz ausnahmsweise bei ihren Versuchsthieren Tuberculose hervorrufen.

Solche erhebliche Unterschiede in den Versuchsergebnissen beruhen aber sicherlich zum Theile auf den angewandten Methoden. Bereits bei den Versuchen über die Wirkung des Salzens hatte ich die Erfahrung gemacht, dass gerade bei den Uebertragungen von Tuberkelbacillen die Menge des Impfmateriales eine grosse Bedeutung für den Erfolg der Impfung habe. Die Wirkung der Verdünnung auf die Virulenz der, Tuberkelbacillen enthaltenden Stoffe ist inzwischen von Bollinger und Gebhardt[6]) planmässig ermittelt worden. Mit Rücksicht hierauf schien es mir nicht unwahrscheinlich, dass die Erfolglosigkeit der erwähnten Impfversuche wenigstens theilweise damit zusammenhinge, dass der ausgepresste Saft des verdächtigen Fleisches verwendet wurde. In diesen aber dürften aus verschiedenen Gründen gerade Tuberkelbacillen, die ja, wenn deren Gegenwart im Fleische vermuthet wird, nicht im Muskelplasma oder nur selten im Blute, sondern im Binde- und Fettgewebe eingelagert zu suchen sind, nicht so sehr leicht gelangen. Im Verein mit Herrn D. van der Sluijs, dem Oberinspector der Fleischschau am hiesigen Schlachthause, habe ich desshalb im Laufe des vergangenen Winters eine Reihe von Versuchen begonnen, bei welchen nicht Fleischsaft, sondern das fein gehackte Fleisch selbst zu den Impfungen benützt wurde. Je ein, etwa 1 kg schweres Fleischstück erster Sorte von Rindern, welche beim Schlachten mehr oder weniger an Perlsucht erkrankt gefunden waren, wurde — unter Vermeidung selbstverständlich der Beimengung von tuberculösen Wucherungen — zu einer feinen Masse gehackt, diese gut gemengt und hierauf 1—3 g davon in die Bauchhöhle von Meerschweinchen und Kaninchen eingeführt. Die Perlsucht der Schlachtthiere war meist so weit entwickelt, dass das Fleisch zwar nicht zum sofortigen Verkaufe zugelassen, wohl aber nach dem amtlichen Einsalzen an die Eigenthümer zurückgegeben wurde. Bei der Entnahme und Vorbereitung des Fleisches, wie bei der Ausführung der Impfungen wurden natürlich die nöthigen antiseptischen Maassregeln genommen, um jede andere als die gesuchte Infection zu vermeiden.

Bei 7 Versuchsreihen, in welchen das Fleisch von 7 Rindern benützt wurde, ist bis heute nach deren Beginn genügend Zeit verlaufen; in 3 Fällen hievon oder in 43 Proc. wurde Impfungstuberculose bei den Versuchsthieren erzeugt. Dies bisherige Ergebniss entspricht einerseits den Vermuthungen, welche in Betreff des Versuchsverfahrens geweckt waren; andererseits folgt daraus — im Gegensatze zu den weniger erfolgreichen Impfungen mit Fleischsaft —, dass das Fleisch von tuberculösen Schlachtthieren Ansteckungsfähigkeit genug besitzt, auch wenn es von befugter Seite noch zum Gebrauche als Nahrungsmittel für den Mensch zugelassen wird.

Die Thatsache, dass solches Fleisch nach dem Einsalzen und nach dem Räuchern seine Virulenz nicht eingebüsst hat, verdient in sanitätspolizeilicher Hinsicht volle Aufmerksamkeit. Denn, wie erwähnt, das Rauchfleisch wird in der Regel in rohem Zustande und dazu häufig von Personen mit geschwächter Verdauungsthätigkeit verzehrt. Dazu kommt aber weiter noch der Umstand, dass Salzen und Räuchern vorzugsweise bei der Würsteverfertigung geübt wird. Gerade hiebei jedoch ist bekanntlich die Verwendung von minderwerthigem Fleische gar nicht selten und werden erkrankte Weichtheile verschiedener Art besonders leicht verbraucht.

Wohl kann nicht daran gezweifelt werden, dass für die Verbreitung der Tuberculose die Sputa von Phthisikern und die Milch perlsüchtiger Kühe eine weit grössere Rolle spielen als der Fleischgenuss. Aber in dem Nachweise, dass das Infectionsvermögen der Perlsuchtknoten weder durch das Pöckeln noch durch das übliche Räuchern beeinträchtigt wird, und in der Erfahrung, dass die Ansteckungsfähigkeit des Muskelfleisches perlsüchtiger Thiere häufig genug dargethan werden kann, liegt Grund genug zur Vorsicht. Die letztgenannte Möglichkeit der Ansteckung muss sonach mehr und mehr in Berücksichtigung gezogen werden, und dürften namentlich halbe Maassregeln, die, wenn sie an einzelnen Orten mit scheinbar günstigem Erfolge angewendet werden, leicht weiter ausgreifenden Regelungen im Wege stehen, zu vermeiden sein. Zu solchen halben Maassregeln ist aber jetzt nach den Ergebnissen unserer Versuche die Zulassung des Fleisches tuberculöser Schlachtthiere zum Genuss nach dessen vorausgehendem Einsalzen zu zählen.

Ueber die Einzelheiten der oben mitgetheilten Untersuchungen werden die Herren de Freytag und van der Sluijs bei Gelegenheit im Archiv für Hygiene Bericht erstatten.

[5]) Münch. Medic. Wochenschrift, 1888, Nr. 29 u. 30; 1889, Nr. 34 u. 35.

[6]) Münch. Medic. Wochenschrift, 1889, Nr. 43; Virchow's Archiv, 119. Bd., S. 127. 1890.

Ueber Retention und manuelle Entfernung der Placenta.

Von Dr. *Josef Gossmann*, prakt. Arzt in München.

(Vortrag, gehalten in der gynäkologischen Gesellschaft zu München am 10. Januar 1890.)

Schwere Blutungen in der Nachgeburtsperiode in Folge von Retention der Placenta gehören leider in der Privatpraxis nicht zu den seltenen Ereignissen und jeder Arzt, welcher sich mit Geburtshülfe beschäftigt, wird mit der Zeit über eine mehr oder weniger grosse Summe von diesbezüglichen Erfahrungen verfügen. Die bekannte Gefährlichkeit dieser Blutungen hat in jüngster Zeit durch eine Statistik von Dührssen, nach der in Preussen allein täglich mindestens eine Frau an Blutung post partum stirbt, eine sprechende Illustration erhalten. — Mit Ausnahme des Berichtes eines amerikanischen Arztes, Dr. Sharp in Mineapolis, über 765 Geburten, unter denen zehn Mal die Placenta wegen Blutung manuell gelöst werden musste, liegen Veröffentlichungen über schwere Blutungen in Folge von Retention der Placenta aus der Privatpraxis meines Wissens nicht vor. Abgesehen von der an sich erklärlichen Seltenheit statistischer Mittheilungen von Seite praktischer Aerzte, könnte der Grund für diesen nahezu vollständigen Mangel in der Scheu liegen, sich durch derartige Publicationen als schlechten Geburtshelfer zu prostituiren. Denn wenn man in Spiegelberg's Geburtshülfe (vom Jahre 1878 Seite 571 u. 72) liest, dass jede schwere Nachgeburtsblutung fast ausnahmslos Schuld des Hülfeleistenden ist, dass an der Häufigkeit, in der sie in den von ihm geleiteten Geburten vorkommt, sich sein Werth als Helfer abschätzen lässt, dass die Blutungen und die Nachgeburtsstörungen fast immer Artefacte sind etc., wenn man dann aber weiterhin einer ganzen Reihe von solchen abundanten Blutungen lediglich durch manuelle Entfernung der Nachgeburt Herr zu werden glaubte und Herr wurde, durch eine Operation, die in gut geleiteten Kliniken nur ausserordentlich selten nothwendig wird, eine Operation, die als ein bedeutender Eingriff und als die gefährlichste geburtshülfliche Operation bezeichnet wird, so sollte man eigentlich klüglicher Weise Bedenken tragen, mit einem solchen Referat vor die Fachgenossen zu treten.

Wenn ich mir nun trotzdem erlaube, Ihnen meine diesbezüglichen Erfahrungen vorzutragen, so entschuldigt mich einmal die Thatsache, dass ich ja in den meisten Fällen schon zum fait accompli, zur abundanten Blutung wegen Placentarretention zu Hülfe gerufen wurde, entschuldigt mich die Ueberzeugung, dass nach fruchtlosen Expressionsversuchen die manuelle Entfernung der Placenta als das einzig restirende Mittel, als nothwendig, ja lebensrettend erschien und ferner meine Ansicht, dass diesem Eingriff — peinlichste subjective Antisepsis vorausgesetzt — nach meinen Erfahrungen eine solche Gefährlichkeit nicht zukommt, welche demselben fast allgemein zuerkannt wird.

Was die Häufigkeit der manuellen Entfernung der Placenta aus der Uterushöhle in den Kliniken betrifft, so bestehen auch hier ziemlich grosse Differenzen. So berichtet Vincent, dass in der Lyoner Klinik unter nahezu 5000 Geburten bloss dreimal in die Gebärmutterhöhle eingegangen wurde. Die geringste Frequenz in deutschen Kliniken finde ich — wenigstens in der von mir durchgesehenen Literatur — in dem Berichte von Leo-

pold über die Thätigkeit im Dresdener Entbindungsinstitute verzeichnet, indem unter 4128 Entbundenen 25 Placentarlösungen vorkamen, also 0,16 Proc., dann kommt die hiesige Klinik mit 0,23 Proc., dann die Wiener Klinik bei dem colossalen Material von 32,000 Geburten mit 0,37 Proc.; die Pesther Klinik hat schon 1,5 Proc. manuelle Entfernungen des Mutterkuchens.

Vergleichszahlen aus der Privatpraxis liessen sich durch Musterung der Geburtstabellen, welche die Hebammen allmonatlich an die Behörde einzuliefern haben und welche meines Wissens auch die bei den Geburten vorgenommenen operativen Eingriffe anzugeben haben, erhalten. Solche Vergleichszahlen liegen ja auch in der Literatur vor, z. B. in den Berichten über die Geburten in der Stadt Stuttgart aus den Jahren 1877 und 1878, in Winckel's Bericht über die Thätigkeit der Geburtshelfer und Hebammen des Königreichs Sachsen aus dem Jahre 1878. Diese bestätigen nur die bekannte Thatsache, dass die Operation der manuellen Entfernung der Placenta in der Privatpraxis viel öfter vorgenommen wird als in den Kliniken. Ich selbst habe mir nun ein Material von 3922, also etwa 4000 Geburten zugänglich gemacht und daraus erhellt, dass unter diesen von verschiedenen Hebammen geleiteten Geburten 86 mal, also in 2,2 Proc aller Fälle — und zwar von verschiedenen Aerzten — die Nachgeburt mittels Eingehen mit der Hand in die Gebärmutterhöhle entfernt wurde. — Es ist ein schlechter Trost, dass diese Frequenz nur übertroffen wird von der Statistik einer russischen Klinik in Kasan, wo in 3,6 Proc. der Fälle Placentarlösung vorgenommen wurde.

Die Operationsfrequenz in der Privatpraxis ist in den von mir zusammengestellten Fällen also 10 mal so gross, als z. B. in hiesiger Klinik. Es wäre aber gewiss vorschnell geurtheilt, wollte man annehmen, dass demnach in 10 Fällen 9 mal die Operation zu umgehen, also unnöthig gewesen sei. Um einer solchen Ansicht entgegentreten zu können, obliegt es mir, klar oder wenigstens plausibel zu machen, warum in einzelnen Fällen selbst bei geringer Adhärenz der Placenta das gewöhnliche Expressionsverfahren nicht zum Ziele führt und warum solche Fälle in der Privatpraxis leichter vorkommen. Dazu ist es aber nothwendig, Einiges vorauszuschicken.

Wer die Verhältnisse in der Privatpraxis kennt, der weiss, dass in hiesiger Stadt vielleicht 95 Proc. aller Geburten ausschliesslich von Hebammen geleitet werden und dass wir zu den in Frage stehenden Fällen erst gerufen werden, wenn die Störung im Nachgeburtsverlaufe, die abundante Blutung bei Placentarretention dringend Hülfe erfordert. Im Allgemeinen requiriren die Hebammen, da sie die Anzeigepflicht bei Kindbettfieber und die hieraus für sie entstehenden Folgen fürchten, nicht gerne den Arzt. Sie möchten lieber mit dem Geburtsfall resp. mit der Störung in der Nachgeburtsperiode allein fertig werden. Und desshalb haben sie in den meisten Fällen das ihnen erlaubte Credé'sche Expressionsverfahren in richtiger oder unrichtiger Weise — jedenfalls aber in möglichster Ausdehnung — in Anwendung gebracht, ehe wir den Fall zur Behandlung bekommen. — Ich bin nun weit entfernt, den Hebammen allein alle Schuld beizumessen; auch wir Aerzte, besonders die aus der älteren Schule, haben wohl oft genug den Credé unrichtig oder zur Unzeit angewendet. Wir haben auf der Schulbank noch nichts von einem möglichen Nachtheil des Expressionsverfahrens gehört, im Gegentheil wurde der Credé als eine förmliche Panacee gegen jede Störung der Nachgeburtsperiode gepriesen. Der in den letzten Jahren von Dohrn, Ahlfeld und anderen inscenirte, laut und erbittert geführte Kampf gegen die souveräne Herrschaft des Credé in der Nachgeburtsperiode hat sicher in dieser Beziehung klärend und fruchtbringend gewirkt. Er hat zu Beobachtungen über den natürlichen Lösungsvorgang, zu weiteren Beobachtungen über den Austrittsmodus der Placenta, und zu der Ueberzeugung geführt, dass in der Mehrzahl der Fälle die natürlichen Kräfte allein zur Beendigung des Nachgeburtsgeschäftes genügen. Wir haben gelernt, dass die Mechanismen, welche die Placenta lösen und aus dem Uteruscavum austreiben, in den meisten Fällen vorzüglich und präcis wirken und dass eine Störung dieser Mechanismen durch forcirte Expressionsversuche schaden könne; wir haben gelernt, dass eine manuelle Nachhülfe bei der Nachgeburtsperiode erst dann erlaubt ist, wenn die Placenta — ausgetrieben aus dem fest zusammengezogenen Uteruskörper — bereits im schlaffen, unteren Uterinsegment oder theilweise schon in der Scheide liegt. Ob diese Nachhülfe zur Abkürzung des Nachgeburtsgeschäftes dadurch geleistet wird, dass man die Placenta entweder nach Schröder durch Druck auf das untere Uterinsegment, oder nach Kohn und Anderen durch sanftes Hinabschieben des Fundus uteri in den Beckeneingang oder sogar nach Pajot durch einen leichten Zug am Nabelstrang vor die äusseren Genitalien befördert, ist meiner Ansicht nach dann ziemlich gleichgültig.

Aber selbst diese unschädliche manuelle Hülfe, welche nach dem leicht kenntlichen Austritt der Placenta aus dem Gebärmutterkörper geleistet werden darf und nach meiner unmaassgeblichen Ansicht etwa eine halbe Stunde nach dem Austritt des Kindes auch geleistet werden soll, wird in den Kliniken, welche einem möglichst expectativen Verfahren in der Nachgeburtsperiode huldigen, nicht geleistet und sie kommen in einer geringen Mehrzahl der Fälle mit dem rein exspectativen Verfahren aus. In einer grossen Minderzahl, in etwa 45 Proc. der Fälle muss aber doch, entweder wegen Blutung, oder wegen bis zu 2 Stunden verzögerten Austritt der Nachgeburt der Credé'sche Handgriff zur Anwendung kommen, dessen Werth durch seine ausschliessliche Anwendung bei regelwidrigen Fällen wahrlich nur gewinnen kann. Die Zahl von 45 Proc. entnehme ich aus der mir zunächst liegenden Quelle, aus einem Vortrag von Rühle über die Behandlung der Nachgeburtsperiode auf der hiesigen Klinik, den derselbe in der hiesigen gynäkologischen Gesellschaft am 12. März 1886 gehalten hat.

Sie sehen also, meine Herren, das exspectative Verfahren erleidet eine weitgehende Einschränkung; ein absolut exspectatives Verfahren hätte wohl seine schweren Nachtheile.

Worauf nun im Allgemeinen diese also nicht selten — (hat doch der eifrige Vorkämpfer des abwartenden Verfahrens Ahlfeld in seiner neuesten Publication noch 7,3 Proc. künstliche Beihülfe verzeichnet) — vorkommende Insufficienz der physiologischen Kräfte zur Beendigung der Nachgeburtsperiode beruht, lässt sich wohl schwer sagen. Man möchte fast versucht sein, eine Abschwächung, eine Degeneration dieser Kräfte durch civilisatorischen Einfluss anzunehmen.

Im speciellen Falle sind die Ursachen wohl sehr verschieden: Mangelnde Contractionsfähigkeit des Uterus, abnorm feste, in weitaus der Mehrzahl der Fälle bloss theilweise Adhärenz der Placenta und der Eihäute können den Austritt der Nachgeburt aus dem Uteruskörper, mangelhafte Wirkung der Bauchpresse und die horizontale Lage der Frau den Austritt aus dem schlaffen, unteren Genitalschlauch verzögern oder verhindern. (v. Campe giebt allerdings an, dass auch bei aufrechter Stellung der Frau Verzögerung des Austrittes der Nachgeburt nicht selten sich ereignet; ich stelle mir vor, dass die Nachgeburt in diesen Fällen den Uteruskörper noch nicht vollständig verlassen hat, sondern noch mit einem Theile haftet.)

Nur die beiden ersten ursächlichen Momente, die mangelnde Contractionsfähigkeit des Uterus und die Adhärenz der Nachgeburt, interessiren uns bei der Erörterung des vorliegenden Themas, weil sie zu Blutungen führen. Nur diese veranlassen nach meinen Erfahrungen die Hebammen und ebenso auch die Aerzte zu energischen Attaquen auf die Gebärmutter; denn bei geringem Blutabgang warten sie meistens ganz ruhig die Zeit ab, in der erfahrungsgemäss die Nachgeburt den Uteruskörper verlassen hat.

Wenn wir nun aus der von Rühle verwertheten Statistik ersehen, dass in etwa $^1/_6$ aller Fälle die Nachgeburt auf hiesiger Klinik wegen starker Blutung gleich nach der Geburt exprimirt worden ist, so sind wir berechtigt anzunehmen, dass diese Häufigkeit auch in der Privatpraxis zutrifft. Und diese Blutungen, theils gleich, theils bald nach der Geburt des Kindes, durch natürliche oder künstliche Ursachen veranlasst, kommen hauptsächlich, wie eben erwähnt, bei der Erörterung des uns

vorliegenden Themas in Frage. — Wenn ich mir nun eine Vorstellung darüber machen soll, wie solche Blutungen in der Nachgeburtsperiode zu Stande kommen, so ist sie etwa folgende: Bekanntermassen kommt es aus dem Theil der Uterusinnenwand, von welchem ein Theil der Placenta sich durch die Wehe gelöst hat, nach dem Erschlaffen der Gebärmutter zur Blutung, und zwar, da in der Regel, etwa $^2/_3$ der Fälle, der centrale Theil der Placenta bei noch haftender Peripherie, bei noch haftenden Eihäuten zuerst verschoben und abgehoben wird, zum retroplacentaren Blutergusse. Der weitere Verlauf ist in der Regel dann der, dass die nachfolgenden Wehen in Verbindung mit der hydraulischen, centrifugalen Wirkung des retroplacentaren Blutergusses die Placenta vollständig lösen und nach abwärts treiben; die Placenta wird, die Eihäute nach sich ziehend, mit der fötalen Fläche geboren — Austrittsmodus nach Schultze. — Bei solchem Verlauf ist die Blutung eine geringe und veranlasst keine energische Maassnahme. — Anders gestaltet sich schon die Blutung, wenn der retroplacentare Bluterguss, resp. der intrauterine Blutsack entweder durch tiefen Sitz der Placenta, also in Folge leichter Eröffnung des Sackes an der unteren Peripherie oder durch zu frühes Anwenden des Expressionsverfahrens gesprengt wird und das Blut nach aussen fliesst. Dann ist eine Art Duncan'schen Austrittsmodus vorbereitet, der an sich schon bekanntermassen zu Blutungen disponirt. Sieht man in solchen Fällen von energischen Expressionsversuchen ab, sondern sucht durch Reiben, durch leichte Massage des Uterus Contractionen auszulösen und eventuell erst bei bereits erfolgter Contraction die Expression zu bewerkstelligen, so wird man die Placenta in der Regel zum Austritt bringen. Aber energisch wiederholte Expressionsversuche, besonders am weichen, nicht contrahirten Uterus, die oft desto ängstlicher und unzweckmässiger ausgeführt werden, je stärker die Blutung wird, können eine solche Störung des Nachgeburtsgeschäftes zu Stande bringen, dass schliesslich die Expression unmöglich und — auch bei geringer Adhärenz der Placenta — die manuelle Lösung nothwendig wird. Wie kommt es nun schliesslich zu dieser Nothwendigkeit?

Damit hängt innig die Frage zusammen, ob und in welcher Weise durch das Credé'sche Expressionsverfahren, unrichtig und zur Unzeit angewendet, geschadet werden könne. Gerade weil dasselbe, ob richtig oder unrichtig zur Anwendung gebracht, in der übergrossen Mehrzahl der Fälle zum erwünschten Ziele führt, war und ist man noch vielfach der Ansicht, dass man durch dasselbe gar nicht schaden könne; so sagt Lumpe im 23. Band des Archivs Seite 285: »dass man durch unzeitiges, gewaltsames Reiben und Kneten Krampf oder Lähmung des Uterus bewirkt, ist durch nichts bewiesen«. — Wenn wir den Credé auf den Uteruskörper, welcher die theilweise oder noch gar nicht gelöste Placenta enthält — denn von jenen Fällen, in denen die Placenta bereits im schlaffen unteren Genitalschlauch liegt, ist hier natürlich nicht die Rede — energisch einwirken lassen, so löst der Reiz oder der Insult des Eingriffes glücklicher Weise eben in der grössten Mehrzahl der Fälle eine zweckmässige Peristaltik des Uteruskörpers, eine Wehe aus und diese, nicht die Expression, löst dann die Placenta. Die Expression kann erst nach der durch die Wehe erfolgten Lösung der Placenta den schliesslichen Austritt vor die Genitalien bewirken. — Der beabsichtigte Effect kann aber ausbleiben, wenn auf einen ganz oder theilweise atonischen Uteruskörper, der noch die vielleicht schon theilweise gelöste Placenta enthält, energische Attaquen mittels der Credé'schen Expressionsmethode gemacht werden. — Ich kann mir recht wohl vorstellen, dass die weiche, schlaffe Uterusmusculatur, vielleicht nur an einer Stelle — etwa durch den energisch drückenden Daumen, so gequetscht wird, dass sie functionsuntüchtig, paretisch wird und dadurch die normale Peristaltik, die ganze Dynamik der Nachgeburtsperiode gestört wird. Aber selbst wenn man den schädigenden Einfluss eines zur Unzeit zur Anwendung kommenden Expressionsverfahrens auf die Uterusmusculatur nach Lumpe nicht für bewiesen hält, kann man doch die Möglichkeit eines solchen schädigenden Einflusses auf die Mechanik des Lösungsvorganges nicht in Abrede stellen. Abgesehen von der Auspressung des zur normalen Lösung zweckdienlichen retroplacentaren Blutergusses kann durch forcirte Expression der gelöste Placentartheil und was er noch mit sich zieht, in das schlaffe, untere Uterinsegment hinabgedrückt werden, während noch ein kleiner, vielleicht lang ausgezogener Theil des Mutterkuchens mit den Eihäuten mehr oder minder fest im Fundus haften bleibt. Dieser bietet dann, selbst bei wiedererwachter, natürlich oder künstlich angeregter Uterusthätigkeit der Expulsivkraft des Gebärorgans bei dem total gestörten Mechanismus so wenig Angriffspunkte, dass die Lösung und damit die Austreibung nicht mehr erfolgt. Und dann kann es eben vorkommen, dass selbst forcirter Credé absolut keinen Effect mehr hat und die künstliche Lösung erfolgen muss, die dann begreiflicher Weise erstaunlich leicht vor sich geht. Es versteht sich, dass die durch unzeitig forcirte Maassnahmen bedingten dynamischen und mechanischen Störungen in der Nachgeburtsperiode sich zu mannichfachen und in jedem Falle wohl verschiedenen Circulis vitiosis combiniren können.

Nun, meine Herren, solche — sit venia verbo — total verpfuschte Nachgeburtsfälle bilden nicht selten die Indication für die manuelle Entfernung der Placenta in der Privatpraxis und erklären nach meiner Ansicht zum Theil den Unterschied in der Frequenz dieses Eingriffes gegenüber den gut geleiteten Kliniken, in denen Aerzte und Hebammen leichter mit Ruhe und Kaltblütigkeit den eventuell eintretenden Nachgeburtsblutungen begegnen und desshalb sich vor überstürzten Maassnahmen leichter hüten können. — Dem begreiflichen Einwand, dass gerade diese Fälle mit dem eben, vielleicht etwas schematisch, geschilderten Verlaufe es sind, bei denen das Expressionsverfahren nach Credé seine unbestrittenen Erfolge aufzuweisen hat, kann ich freilich nur die Thatsache entgegensetzen, dass es also gelagerte Fälle giebt, in denen ich mit dem Credé eben nicht zurecht gekommen bin, eine Thatsache, die ich mir, will man nicht eine unrichtige Ausführung des Credé annehmen, auf die oben angegebene Weise erklären zu können glaube. Ich bin auch überzeugt, dass jeder in der Geburtshülfe thätige praktische Arzt mit der Zeit ähnliche Fälle erlebt resp. erlebt hat.

Wenn ich oben erwähnt habe, dass solche durch unzweckmässige Maassnahmen total gestörte Nachgeburtsfälle zum Theil die grössere Häufigkeit der Placentarlösungen gegenüber den Kliniken erklären, so will ich auf der anderen Seite gerne zugeben, dass ein Antheil an dieser Differenz auch jenen Fällen zukommt, in denen kein so zwingender Grund wie lebensgefährliche Blutung und absolutes Versagen des Expressionsverfahrens die manuelle Lösung der Placenta in der Privatpraxis veranlasst. Ich meine die Fälle, in denen nach schweren geburtshülflichen Operationen noch vor dem Erwachen der Frau aus der Narkose die Placenta manuell gelöst wird. Ich gestehe, dass ich dies in früherer Zeit auch gethan habe, dass ich aber gemäss meinen jetzigen Anschauungen bereits seit etwa sechs Jahren dies nicht mehr thue trotz der Autorität Kleinwächter's, der in der Realencyklodädie Bd. X S. 669 wörtlich sagt: »Nach schweren geburtshülflichen Operationen nimmt man stets die manuelle Entfernung der Placenta vor, damit die Entbundene möglichst bald zur Ruhe komme«.

Den Rest der Differenz mögen dann — das darf bei der Erörterung der veranlassenden Ursachen für diese Differenz nicht unerwähnt bleiben — die Fälle ausmachen, in denen in der That falsche Anwendung des Credé durch Bildung eines Knickungswinkels zwischen Uterus und unterem Uterinsegment die bereits gelöste Placenta geradezu am Austritt hindert oder eine sehr volle Blase die Uterusmassage beeinträchtigt. Würden wir nun alle diese Fälle, in denen aus den eben angeführten Gründen in der Privatpraxis die Lösung vorgenommen wurde, resp. vorgenommen werden musste, eliminiren, so würde sich wohl die Differenz zwischen klinischer und privatärztlicher Operationsfrequenz nahezu ausgleichen und es blieben nur die Fälle von festerer, gänzlicher oder theilweiser, Verwachsung der Placenta übrig, die natürlich in Kliniken wie in der Privatpraxis gleich häufig, oder besser gesagt gleich selten vorkommen und die sowohl in ihrem Verlauf, als auch in der Schwierigkeit und

der Prognose des operativen Eingriffes verschieden sind von den Fällen, welche die erhöhte Operationsfrequenz in der Privatpraxis bedingen. Ich werde darauf noch kurz zurückkommen.

(Schluss folgt.)

Zur Behandlung der Diphtherie.

Von Dr. *Hermann Gros* in Grossostheim.

Wenn ich mich entschlossen habe, über Behandlung der Diphtherie Nachstehendes zu veröffentlichen, so geschieht es weder aus angeborener Schreibseligkeit — am allerwenigsten natürlich desshalb, weil es an empfohlenen Mitteln gegen diese Krankheit mangelte, sondern, weil die Sterblichkeitsziffer an Diphtherie, wie ich aus verschiedenen Statistiken sehe, im Verhältnisse zu der Sterblichkeit der von mir behandelten Fälle eine so hohe ist, dass ich darnach glaube, meine seit zwei Jahren an einem grossen Krankenmateriale erprobte Behandlungsweise einer möglichst vielseitigen Prüfung am Krankenbette empfehlen zu sollen.

Von den vielen gegen Diphtherie empfohlenen Mitteln habe ich die meisten in Anwendung gehabt, mit mehr oder weniger Erfolg. So muss ich der Sublimatbehandlung der Diphtherie mittelst Pinselung oder Gurgelung sehr das Wort reden, ich konnte mit meinen Erfolgen zufrieden sein. Allein die eminent toxische und reizende Wirkung des Sublimats ist namentlich bei schwächlichen Patienten und bei längerer Dauer der Erkrankung so störend, dass häufig von derselben Abstand genommen werden muss. Ferner ist bei Sublimatbehandlung Pinselung und Gurgeln unvermeidlich, Proceduren, die häufig im Kindesalter schwierig oder überhaupt nicht durchführbar sind!

Auch von der Inhalationstherapie habe ich mich öfters überzeugt, dass sie sehr schöne Erfolge erzielen lässt, allein auch sie ist in der ländlichen und ärmeren Praxis viel zu complicirt.

Eine Behandlung erscheint mir erstrebenswerth, die ohne Pinsel, Gurgelung und Inhalation auskommt und dabei sichere Erfolge liefert, — sie ist die einfachste und daher idealste.

Seit zwei Jahren habe ich auf Pinselung, Gurgeln etc. verzichtet, und doch in einer sehr grossen Reihe von Fällen, ich kann sagen, in allen Fällen, die überhaupt noch einer Behandlung zugänglich waren, nur günstige Erfolge gehabt.

Die Zahl der von mir behandelten Fälle seit zwei Jahren ist, in Folge anhaltender Diphtherie-Epidemien, bei meinem kleinen Bezirke eine grosse, nämlich »280« Fälle.

Um nicht missverstanden zu werden, bemerke ich ausdrücklich, dass ich nur Fälle von ausgesprochener Diphtherie-Erkrankung unter diese Zahl subsumirt habe, suspecte Anginen, wie man sie bei Diphtherie-Epidemien so häufig beobachtet, selbstverständlich auch die Angina follicularis, blieben ausgeschlossen.

In mindestens 80 Proc. der Fälle handelte es sich um grosse Auflagerungen von der Grösse einer Bohne und darüber mit hohem Fieber, Schwellung der Halslymphdrüsen etc.

In 6 Fällen war die Rachendiphtheritis complicirt mit Larynx-Diphtherie. In 4 Fällen mit Diphtherie der Nase. 7 Proc. der Fälle waren schwerster Art, es bestanden mehr oder weniger ausgebreitete diphtheritische Ulcerationen, enorme Schwellung der Halslymphdrüsen, fötider Athem etc.

Auf das Lebensalter vertheilen sich die Fälle folgendermaassen:

0—1 Lebensjahr	2 Proc.	10—15 Lebensjahr	11 Proc.
2—4 »	13 »	15—20 »	5 »
4—6 »	35 »	über 20 »	4 »
6—10 »	30 »		

Was den Charakter der Diphtherie-Epidemien anbelangt, so war derselbe durchaus kein gutartiger und kann also für die günstigen Erfolge meiner Behandlung nicht verantwortlich gemacht werden. In einer Reihe von Erkrankungen trat der Tod ein, in denen entweder überhaupt keine ärztliche Hülfe in Anspruch genommen wurde, oder so spät, dass bei Beginn der Behandlung der Exitus letalis bereits für die nächsten Stunden zu gewärtigen war, so in 5 Fällen, in denen der Tod 2—6 Stunden nach meinem ersten Besuche eintrat.

Wo immer meine Behandlung noch Zeit zur Wirkung fand, war der Ausgang ein glücklicher.

Nach diesem Ueberblick über Charakter und Zahl der Diphtherie-Erkrankungen will ich in Kürze meine Behandlungsweise angeben, die, wie ich bereits ankündigte, einfach ist und wie ich erprobt habe, unter allen Umständen und in jedem Lebensalter durchführbar ist. Sie besteht in einer häufigen Bespülung der erkrankten Theile mit einem antiseptischen Mittel und zwar durch innere Darreichung desselben.

Unter den antiseptischen Mitteln eignet sich nun hierzu in ganz vorzüglicher Weise »**Thymol**«.

Ich lasse je nach dem Alter des Kindes von einer 0,1—0,3 proc. Thymollösung, der ein beliebiger Syrup beigesetzt ist, zuweilen auch etwas Arac oder Cognac, je nach der Schwere des Falles alle 10 oder alle 4 Minuten 10—12 Tropfen einnehmen. Merkwürdigerweise gewöhnen sich die Kinder sehr rasch an den eigenthümlichen, brennenden Thymolgeschmack und nehmen es dieselben, selbst die jüngsten Kinder, ganz gerne.

Zu diesem Vorzug des Mittels kommt noch ein weiterer, nämlich die absolute Unschädlichkeit des Mittels selbst bei Wochenlang fortgesetztem Gebrauche.

Die Wirkung dieser Behandlung äussert sich schon in mittelschweren Fällen sehr rasch in 3—4 Stunden.

Kinder, die schwer krank im Bett lagen, mit geröthetem Gesichtchen, hoher Temperatur (40° C.), schnellem Pulse, fand ich nach dieser Zeit im Bettchen sitzend und spielend; Appetit fing an sich zu regen, Temperatursteigerung geht allmählich zurück. Am andern Tage bereits war die Euphorie bei den Kleinen eine vollständige, Temperatur selten über 38,5, guter Appetit; Halsdrüsenschwellung, wo sie bestanden, meistens um die Hälfte zurückgegangen.

Die locale Erkrankung, Belag und Schwellung, Ulcerationen wurden durch die Behandlung in folgender Weise beeinflusst.

In leichten Fällen und bei frühzeitig eingeleiteter Behandlung fand ich nach 24 Stunden oft keine Spur von Belag mehr; in der Regel dauert es länger, 2—6 Tage, allein jede Einwirkung des diphtheritischen Giftes auf den Gesammtorganismus wird dabei vermisst.

In Wohnungen, beziehungsweise Zimmern, die sehr stark mit Diphtherie inficirt waren, konnte trotz der Thymolbehandlung die Neubildung eines Belages nicht verhütet werden, allein derselbe hatte keinen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, Temperatursteigerung blieb aus oder war minimal und der Ausgang regelmässig ein günstiger.

Diphtheritische Ulceration, wo solche bei beginnender Behandlung bestanden, reinigte sich sehr rasch, der Foetor ex ore verschwand und jene heilte in kurzer Zeit.

Wie bereits erwähnt, traten üble Nebenwirkungen des Thymol in keinem einzigen Falle ein.

Vom Magen wird das Mittel sehr gut vertragen. Erbrechen tritt nie ein, wo es bei Beginn der Behandlung bestand, liess es sehr bald auf Thymolgebrauch nach. Der Appetit wurde selbst bei längerem Thymolgebrauch nicht verschlechtert, im Gegentheil zeichneten sich die von mir Behandelten durch ihren vorzüglichen Appetit aus.

Die Befürchtung, es könne durch längeren Thymolgebrauch die Herzaction geschädigt werden, ist, wie ich nach einer sorgfältigen Beobachtung am Krankenbette constatiren kann, völlig unbegründet, selbst mit Vitium cordis behaftete und sehr schwächliche Kinder vertragen das Mittel ausnahmslos gut.

Bei diphtheritischen Ulcerationen liess ich das Mittel in starker Concentration selbst 0,3 Proc. geben, dann in der Regel nur 5 bis 6 Tropfen alle 5 Minuten, in den schwersten Fällen erzielte ich so in längstens 14—18 Tagen Heilung.

Die mit Laryngitis complicirten Fälle wurden in der gleichen Weise mit Thymol behandelt und genasen sämmtlich, allerdings hatten die Kinder bereits das 6. Lebensjahr überschritten. Bei gleichzeitiger Nasendiphtherie wurde 0,3 proc. Lösung 1 stdl. in die Nase geträufelt und war der Erfolg stets günstig, selbst in einem Falle, in dem das profuse Nasenbluten die Kräfte des 7 Jahre alten Knaben nahezu erschöpft hatte.

Vom Pflegepersonal wird freilich das häufige Eingeben, namentlich zur Nachtzeit sehr beschwerlich befunden, allein immer fand ich, dass die Leute, sobald sie nur überzeugt waren, dass hierdurch wenigstens ein sicheres Resultat erzielt wurde, sich willig der Unbequemlichkeit und Mühe unterzogen.

Die Kinder nehmen gewöhnlich im Halbschlaf die kleine Dosis Arznei und fühlen sich in ihrer Nachtruhe wenig beeinträchtigt. Und immerhin ist es leichter, alle 5—10 Minuten einem Kinde etwas Arznei einzugeben, als dasselbe stündlich zu pinseln oder zum Gurgeln zu bringen. Bei schlaftrunkenen Kindern sind diese Proceduren oft absolut undurchführbar.

Durch meine Behandlungsweise der Diphtherie ist auch die Anwendung antipyretischer Mittel überflüssig, da, wie bereits erwähnt, sehr rasch Temperaturabfall eintritt. In protrahirten Fällen und bei anämischen Kindern setzte ich der Thymollösung statt irgend eines anderen Syrups Eisensyrup bei.

Ich trage nach, dass ich in der letzten Zeit in 3 Fällen von primärem Kehlkopfcroup, die mit Diphtherie-Epidemie nicht in Beziehung standen und Kinder im Alter von $2^1/_2$, 3 und $4^3/_4$ Jahren betrafen, gleichfalls die innerliche Anwendung von Thymol versuchte in derselben Weise wie bei Diphtherie und merkwürdigerweise genasen die 3 Kinder; da in 2 von diesen Fällen Croupmembranen ausgehustet wurden, so ist die Vermuthung, dass es sich um Pseudocroup gehandelt haben könne, wenigstens in diesen Fällen ausgeschlossen.

Allerdings beweisen diese wenigen Fälle für die günstige Beeinflussung der Erkrankung durch die Thymolbehandlung noch nichts, doch schien mir die Anführung der Fälle geboten.

Zum Schlusse weise ich darauf hin, dass ich im Thymol kein Specificum gegen Diphtherie erblicken will, wohl aber ein Mittel, welches sich für meinen Hauptzweck: »Die häufige Bespülung der Rachentheile mit einem Antisepticum« in vorzüglicher Weise eignet.

Die Auswahl derjenigen antiseptischen Mittel, welche innerlich ohne Schaden und längere Zeit gegeben werden können, ist keine grosse!

Von der Unschädlichkeit des Thymols habe ich mich überzeugt; ein anderes unschädliches Antisepticum dürfte jedenfalls mit demselben Erfolge wie Thymol gegeben werden können. Meine ausnahmslos günstigen Erfolge bei der Behandlung der Diphtherie lassen die Erwartung wohl berechtigt erscheinen, dass meine Behandlungsweise möglichst vielfach erprobt und die Resultate der Veröffentlichung übergeben werden.

Bericht über die kgl. chirurgische Poliklinik an der Universität München im Jahre 1889.

Von Prof. Dr. *O. Angerer.*

In der chirurgischen Poliklinik zu München wurden im Jahre 1889 in der Zeit vom 1. Januar bis letzten December 13,646 Kranke behandelt. Dazu kommen noch aus dem Jahre 1888 166 Verbliebene, ergiebt eine Gesammtfrequenz von 13,812 gegen 14,109 im Vorjahre. Von diesen wurden 13,600 ambulatorisch und in den Wohnungen der Kranken 212 behandelt. In den beiden Krankensälen waren 225 Kranke aufgenommen. Von den Letzteren haben 166 Verpflegsgelder bezahlt, während 59 unentgeltliche Aufnahme fanden.

Die Krankenzahl in den einzelnen Monaten zeigt folgende Schwankungen: Januar 834, Februar 699, März 774, April 774, Mai 971, Juni 900, Juli 856, August 853, September 691, October 736, November 672, December 670.

Der tägliche Zugang neuer Kranker beträgt 26.

Von den 5788 Männern waren ihrem Berufe nach: Handwerker 4116, Taglöhner 1201, Hausierer und Colporteure 81, städtische und Bahnbedienstete 197, Schüler und Scribenten 193

Von den 2495 Frauen waren: Arbeiter- und Handwerkerfrauen 765, Dienstmädchen, Näherinnen etc. 1339, Taglöhnerinnen 391.

Kinder wurden 1147 behandelt.

Dem Geburtsorte nach treffen auf: München 2391, Oberbayern 1972, Niederbayern 1183, Pfalz 108, Oberpfalz 931, Oberfranken 212, Mittelfranken 370, Unterfranken 186, Schwaben 797, Deutschland 738, Ausserdeutsche Länder 542.

Wohnhaft waren in: München 8578, Oberbayern 548, anderen Theilen Bayerns 217, Deutschland ausschl. Bayern 37, Ausser Deutschland 50.

Bei diesen Zusammenstellungen sind 4216 Zahnkranke nicht mit eingerechnet.

Unter den 9430 Krankheiten waren: 131 Entwickelungskrankheiten, 834 Infections- und allgemeine Krankheiten: darunter 23 Erysipele, 4 Fälle von Diphtherie, 135 Neubildungen, 294 mal Gonorrhoe, 145 mal primäre Syphilis, 149 mal constitutionelle Syphilis, 40 Krankheiten des Nervensystems, 1078 Krankheiten der Ohren und 2 Krankheiten am Auge, 158 Krankheiten der Athmungsorgane: darunter 61 Krankheiten der Nase und Adnexa und 91 mal Kropf, 439 Krankheiten der Circulationsorgane, 439 Krankheiten des Verdauungsapparates: darunter 10 eingeklemmte und 118 freie Hernien (4216 Zähne sind nicht mit eingerechnet), 54 Krankheiten der Geschlechtsorgane, 1952 Krankheiten der äusseren Bedeckung, 813 Krankheiten der Bewegungsorgane, 2671 mechanische Verletzungen: darunter 103 Knochenbrüche, 46 Luxationen, 100 Verbrennungen und 41 Erfrierungen, 319 anderweitige im Schematismus nicht aufgeführte Krankheiten.

Ueber die operative Thätigkeit an der Poliklinik mögen nachstehende Fälle Aufschluss geben.

Kopf. Hydrocephalus, Punction 2. Hasenscharten, Operation nach Mirault-Langenbeck 15 (darunter 2 mit Zurücklagerung des Zwischenkiefers nach Bardeleben). Gaumenspalte, Staphylorrhaphie 1. Schiefstehende Nasenscheidewand, Operation nach Rupprecht 1. Knochendefect an der linken Stirnseite nach Schussverletzung, Transplantation 1. Mikrostoma nach Verätzung, Plastik 1. Periostale Abscesse der Kiefer, Onkotomie 17. Carbunkel der Oberlippe, Discisio 2. Tonsillotomien 12. Caries oss. zygomat., Excochl. 1. Caries oss. petrosi (Aufmeisselung des Proc. mastoid.) 8. Nekrose am Stirnbein 6. Nekrose am Unterkiefer, Sequestrotomie 6. Extraction des Nerv. infraorbital. nach Thiersch 1. Grössere Atheromata des behaarten Kopfes, Exstirpation 12. Naevus pigment, Exstirpation 2. Angiom, Stichelung mit Thermocauter 9. Haematom der Nasenscheidewand, Stichelung mit Thermocauter 1. Papillome der Stirn, Exstirpation 1. Dermoidcysten am Auge, Exstirpation 3. Polypen der Nase, Extraction 3. Cyste an der Unterlippe, Exstirpation 1. Ranula, Exstirpation 2. Epulis, Exstirpation 6. Nasenrachenpolypen, Exstirpation mit Spaltung der Nase 1. Cancroid des Augenwinkels, Exstirpation 3, darunter 1 Bulbusexstirpation. Cancroid an der Nase, Exstirpation 4. Carcinom des Oberkiefers, totale Resection 1. Cancroid der Unterlippe, Exstirpation 9, darunter 2 mal Plastik nach Jäsche. Drüsen-Carcinom am Unterkiefer, Exstirpation 3. Carcinom linguae, Operation mit temporärer Unterkieferresection nach Langenbeck 1. Sarkom des Unterkiefers, Exarticulation einer Kieferhälfte 1. Sarkom des Oberkiefers, totale Resection 1. Sarkoma der Paukenhöhle, Abtragung 1. Sarkoma reg. parot., Exstirpation 2. Sarkoma reg. palat. mollis, Exstirpation 1. Sarkoma reg. maxill. infer., Exstirpation 2. Fibroma reg. maxill. inf., Exstirpation 1. Fibroma reg. auris, Exstirpation 1. Fremdkörper im Ohr, Extraction 2.

Hals. Brandnarben am Hals, Plastik aus der Rückenhaut 1. Narbenkeloid nach Verbrennung, Exstirpation 1. Caput obstipum, Myotomie des Sternocleidomastoideus 1. Lymphadenitis purulenta, Onkotomie 25. Carbunkel reg. nuchae, Discision 2. Tracheotomien 5, (wegen Carcin. laryngis 2, Tuberculosis laryng. 1, Diphtheria laryng. 2. Strumectomie 9 (und zwar bei Kropfcysten 5, Colloidkropf 4). Oesophagotomie wegen Carcin. laryngis 1. Fibrosarkoma reg. nuchae, Exstirpation 1.

Rumpf. Spina bifida, Punction 2. Verbrennungsnarben, Plastik 1. Lymphadenitis axillaris, Onkotomie 2. Mastitis, Onkotomie 14. Abscessus subpectoralis, Onkotomie 1. Praevesicaler Abscess, Onkotomie 1. Bubo inguinalis, Onkotomie 8. Abscessus chronic. reg. dorsi 1, (Punction und mehrfache Injection von Jodoformöl). Rippenresectionen 3 und zwar wegen Ostitis tubercul. costae 2, Empyem 1. Lipoma reg. scapulae, Exstirpation 3. Sarkoma sterni, Exstirpation 1. Adenoma mammae, Exstirpation 1. Carcinoma mammae, Exstirpation mit Ausräumung der Achselhöhle 24. Carcinoma mammae inoperabil., Circumcisio mit Thermocauter 1. Sarkoma mammae, Exstirpation 5. Sarkoma reg. axillaris (Recidiv.), Exstirpation 1. Exstirpation Fibrosarkom der Bauchdecken 3. Gastrostomie wegen carcinomatöser Oesophagusstrictur 2. Resectio pylori wegen Narbenstenose 1. Gastroenterostomie wegen carcinomatös. Pylorusstenose 5. Probelaparotomien 3, 1 mal wegen einer Magencolonfistel als Folge eines perforirten Magencarcinom, 2 mal wegen retroperitonealer Drüsencarcinome 1. Hernia lineae albae, Radicaloperation 1. Herniotomien 8. Radicaloperation freier Hernien 3. Nierenexstirpationen wegen Sarcom 2. Nephrorrhaphie wegen Wanderniere 1. Carcinoma vesicae (Zottenkrebs), Sectio alta 1. Calcul. vesicae, Sectio alta 5. Phimosis operat. 14. Carcinoma penis, Amputatio 1. Hydrocele, Punctio 7, Radicaloperation mit Exstirpation der Scheidenhaut 4, darunter 1 biloculäre. Sarkoma testis, Castratio 2. Tubercul. testis Excochleat. 3. Tubercul. testis Castratio 2. Haemorrhoidalknoten, Abtragung mit Thermocauter 1. Operation Prolapsus ani 1. Fissura ani, Sphincterotomie 2. Fistulae ani, Spaltung mit Thermocauter 4. Carcinom recti, Excochleation 2. Sarkom des Kreuzbeines, Exstirpation 1.

Obere Extremität. Fractura colli humeri mit nachfolgender Gangrän der Extremität, Exarticulatio humeri 1. Einheilung des Nerv. radialis in den Callus nach Humerusfraktur, Abmeisselung des Callus und Nervendehnung 1. Carbunkel reg. humeri, Discisio 1. Ostitis tuberc. capit. humeri, Resectio humeri 1. Ostitis tuberc. humeri, Excochl. 1. Ostitis tuberc. humeri, Amput. humeri 1. Necrosis humeri, Sequestrotomie 2. Exostosis cartileg. capit. humeri, Exstirpat. 2. Sarkoma reg. humeri, Exstirpatio 1. Fractura condylica, Resectio cubiti 1. Ostitis fungosa artic. cubiti, Amput. humeri 1. Ostitis fungosa artic. cubiti, Resectio cubiti 6. Ostitis fungosa artic. cubit. atyp. Resectionen 7. Phlegmone antibrachii, Incisionen 3. Necrosis antibrachii, Sequestrotomie 4. Angiosarcoma antibrachii, Exstirpatio 1. Phlegmone manus, Incisionen 8. Narbencontractur der Hand, Excision der Stränge 2. Narbencontractur des Handgelenkes, Brisement forcé 1. Palmarfasciencontractur 2 (subcutane Discision 1, Exstirpation der Stränge 1), Ostitis fungosa artic. manus, Onkotomie 3. Ostitis fungosa artic. manus, Amputatio antibrachii 1. Ganglion, Exstirpatio 2. Cancroid reg. dorsi manus, Amputation der Mittelhand 1. Spina ventosa, Onkotomie 5. Syndaktylie, Plastik 2. Missbildung an den Fingern, Plastik 2.

Untere Extremität. Abscesse und Fisteln am Oberschenkel 12. Ankylosis coxae, Osteotomia subtrochanterica 1. Nekrosis femoris, Sequestrotomie 1. Sarkoma reg. fem., Exstirpation 1. Sarkom der Diaphyse des Oberschenkels, Exarticulatio femoris 1. Osteoidsarkom der Epiphzse des Oberschenkels, Exarticulatio femoris 1. Fibroma pendulum reg. fem., Exstirpation 3. Lipoma reg. fem., Exstirpation 1. Paralytische Extremität, Amputatio femoris 1. Synovitis fung. artic. genu, Arthrectomie synovial. 3. Ostit. fung, artic. gen. Arthrectomia ossal. 8. Ostit. fung. artic. gen. Resectionen 4. Ostit. fung. artic. gen. Amputatio femoris 1. Ankylosis genu, Keilexcision 2. Contractura genu, Brisement 1. Hygroma präpatell, Exstirpation 2. Angioma reg. genu, Exstirpation 1. Grössere Verletzungen am Unterschenkel 3, darunter 1 complicirte Fraktur des Fussgelenkes bei gleichzeitigem Oberschenkelbruch. Osteomyelitis acuta spontan. cruris, Exartic. genu 1. Nekrosis tibiae, Sequestrotomie 3. Osteosarkoma tibiae, Exarticulatio genu 1. Osteotomie bei traumat. Pes valgus nach Malleolenfraktur 1. Operation bei Pseudarthrosen 2, Osteotomie bei Curvatur rhachitica 5. Osteoklase bei Curvatur rhachitica nach Rizzoli 1. Ostitis fungosa cruris, Excochl. 3. Ostit. fung. artic. ped. Amputat. cruris 3. Ostit. fung. artic. ped. Resection nach Girard 1. Ostit. fung. artic. ped. Amputatio nach Syme 1. Ostit. fung. tarsi, osteoplast. Resection nach Mikulicz 2. Ostit. fung. art. pedis, atyp. Resect. 15. Doppelseitiger paralytischer Klumpfuss, rechts keilförmige Tarsotomie, links Talusexstirpation. Tenotomien wegen Pes varo equinus 18. Unguis incarnatus, Exstirpation 4. Plastische Deckung grösserer Substanzverluste an den Extremitäten 4. Multiple fungöse Abscesse, Onkotomien 6.

Als Assistenten fungirten die Herren Privatdocent DDr. Klaussner, Lammert und v. Scanzoni. Die Herren Privatdocenten DDr. Kopp und Haug besorgten wie in den früheren Jahren die Haut- und Ohren-Kranken.

Herr Dr. Klaussner ist am 1. November als Assistent ausgetreten und für seine lange und erspriessliche Thätigkeit an der Poliklinik sei ihm auch an dieser Stelle herzlich gedankt. Neu eingetreten als Assistent ist Herr Dr. A. Schmitt aus Würzburg.

Ueber Wanderniere.

Von *H. Lindner.*

(Schluss.)

Den Löwenantheil an den neuen Veröffentlichungen über Wanderniere nimmt die Therapie für sich in Anspruch und zwar in erster Linie die chirurgische Therapie. — Ueber Bandagenbehandlung hat nur Niehans (Centralbl. f. Chirurg. 1888 pag. 209) eine kleine Arbeit veröffentlicht, worin er eine praktische nach neuen Principien mit Benutzung des Leistenbruchbandes construirte Bandage beschreibt, deren er sich mit Vortheil in einem schwereren Falle bedient hat. Ich für meine Person halte nach wie vor daran fest, die Wanderniere zunächst immer der Bandagenbehandlung mit der sehr einfachen von mir beschriebenen Leibbinde zu unterwerfen, die ich neuerdings, wo es sich nicht um sehr straffe Bauchdecken handelt, meist ohne Kissen tragen lasse. Es sind mir nur wenige Fälle vorgekommen, die damit nicht soweit gebessert wurden, dass ein weiterer Eingriff unnöthig erschien, manche Patientin, der schon eine Operation vorgeschlagen war, erzielte doch durch consequentes Tragen der Binde so erhebliche Linderung ihrer Beschwerden, dass von dem operativen Vorgehen abgesehen werden konnte. Wie mir die nicht selten vorkommenden Bestellungen solcher Binden nach auswärts beweisen, sind auch noch andere Aerzte mit dem Erfolge zufrieden gewesen.

Wegen des in meiner Schrift vertretenen Standpunctes, von dem aus ich die Nephrectomie als zunächst zu empfehlenden Eingriff für jene Fälle, bei denen man mit Bandagenbehandlung nicht auskommt, bezeichnet habe, während ich die Nephrorrhaphie als zu wenig sicher in ihren Resultaten vorläufig für nicht besonders empfehlenswerth erklärte, bin ich stark angegriffen und fast in jeder neueren Arbeit über Nephrorrhaphie als abschreckendes Exempel hingestellt worden, aber ein Mal stand ich damals mit jener Anschauung durchaus nicht vereinzelt da — einer unserer hervorragendsten jüngeren chirurgischen Kliniker, der auf dem Gebiete der Abdominalchirurgie einen berechtigten Ruf geniesst, theilte mir damals brieflich mit, dass er die Nephrorraphie als zu unsicher in ihren Erfolgen noch niemals ausgeführt habe —, zum anderen scheint man ganz übersehen zu haben, dass ich mein Urtheil basirte auf die bis dahin bekannt gewordenen Ergebnisse der betreffenden Operation und dasselbe so formulirte, »dass entweder noch eine bedeutend leistungsfähigere Technik gefunden werden müsste, welche die Nephrorraphie zu einer erfolgreichen und sicher wirkenden Operation machte, oder aber, dass die betreffende Operationsmethode für das Gros der Fälle als ungenügend und daher verwerflich erklärt werden müsste«, ist diese leistungsfähigere Technik gefunden, sind die Resultate unzweifelhaft bessere geworden, nun wohl, dann will ich mein früheres Urtheil gern widerrufen und mich auch zur Nephrorraphie bekennen. Aber die Forderung muss ich freilich aufrecht erhalten, dass nur diejenigen Fälle als Beweismaterial gelten können, bei welchen nach mindestens einem Jahre der Zustand als noch unverändert günstig festgestellt wird; ist man jetzt bei anderen Affectionen so rigorös mit den Recidiven, wie kommt man dann dazu, gerade für die Wanderniere andere Grundsätze aufstellen zu wollen. Trotz der grossen Zahl von casuistischen Beiträgen zur Lehre von der Nephrorraphie scheint mir die Sache noch längst nicht spruchreif zu sein. Die Nephrorraphie ist eben zur Zeit in der Mode und wer dem Zuge der Zeit nicht folgt, kommt schlecht weg. Wer vor circa 12 Jahren die glänzenden Erfolge der Operationen an der Portio vaginalis angezweifelt, wer vor etwa 10 Jahren an die riesigen Erfolge der Ovariectomie bei Neurosen nicht geglaubt hätte, wehe ihm, und jetzt?: später wurde die Anwendung dieser Eingriffe auf ihr richtiges Maass zurückgeführt, sie wurden als werthvolle Errungenschaften für eine Reihe von krankhaften Zuständen dem Heilschatze eingefügt und heute würde Jeder als wenig nüchtern bezeichnet werden, der in der früheren Weise damit wirthschaften wollte, also was besagt es, dass jetzt die Nephrorraphie hoch erhoben und Alle, die nicht mit in die Lobposaune stossen, mit mitleidigem Lächeln angesehen werden? Qui vivra, verra. Ein sehr eclatanter Fall, der mir selbst vorgekommen ist, hat mir bewiesen, dass noch viel zu wünschen übrig bleibt und zugleich gezeigt, wie es mit manchen von den Heilungen zugeht:

Ein 42jähriger Mann wurde mir von einem auswärtigen Arzte wegen einer sehr tiefstehenden und sehr beweglichen rechtsseitigen Wanderniere zugeschickt, welche ihn arbeitsunfähig machte, ich schlug dem Patienten, welcher schon von Pontius zu Pilatus gereist war, die Nephrectomie vor, er ging darauf ein, wollte nur noch zu Hause seine Angelegenheiten ordnen und sich dann zur Operation stellen. Zu Hause wurde er krank, kam in die Behandlung eines anderen Arztes als dessen, der ihn zu mir geschickt hatte, und wurde von diesem dazu beredet, in eine Universitätsklinik zu gehen und sich dort der Nephrorraphie zu unterziehen. Im Februar wurde er operirt und nach etwa 5—6 Wochen als geheilt entlassen, im Juni kam er zu mir, erzählte mir, er habe sehr bald nach der Entlassung wieder Beschwerden bekommen, auf eine Meldung davon den Bescheid erhalten, das werde sich schon noch verlieren etc., und bäte nun um eine nochmalige Untersuchung. Bei dieser Untersuchung fand ich eine sehr schöne Narbe in der Lumbalgegend und die Niere wieder ebenso tiefstehend und ebenso beweglich wie bei der ersten Untersuchung.

Dass solche Fälle den Respect vor der Nephrorraphie bei mir nicht gerade vermehren, dürfte wohl verständlich sein. Auch die Durchsicht der neueren Casuistik kann mich zu einer rückhaltlosen Anerkennung der Nephrorraphie als allein berechtigten Eingriffs bei Wanderniere nicht bestimmen, denn wenn von 55 geheilten Fällen der Frank'schen Tabelle (Frank »Ueber die bisherigen Erfahrungen auf dem Gebiete der Nephrorraphie«, Berl. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 9—11) 12 ganz oder fast ganz misslungen sind, wenn sogar Hahn unter 12 Fällen mit über 1 Jahr betragender Beobachtungsdauer noch 3 ganz misslungene registiren muss und dann bei der Readfixation bei zweien hochgradige Beschwerden durch Nierenhernien auftreten sah, so ist das nach meiner Ansicht ein so ungünstiges Ergebniss[3]), dass die Operationsmethode noch ganz bedeutend verbessert werden muss, ehe man sie bedingungslos empfehlen kann, und dass man das vernichtende Urtheil über die Nephrectomie und ihre Vertheidiger, das Jeder, der über Wanderniere heutzutage schreibt, fällen zu müssen glaubt, nicht ganz zu verstehen vermag. — Neuerdings sind von französischen Autoren in ausgedehnter Weise experimentelle Versuche angestellt worden, welche bei den Versuchsthieren befriedigende

---

[3]) Dabei ist ein grosser Theil der in der Frank'schen Tabelle aufgeführten Operationsfälle nur wenige Wochen oder Monate unter Beobachtung gewesen, also gar keine Sicherheit gegeben, dass nicht noch eine Menge von Recidiven sich nachträglich herausstellen. Wenn Frank gegen mich geltend macht, dass die Resultate neuerdings besser geworden seien, so lasse ich das gelten, habe es auch durchaus in meinem Urtheil berücksichtigt, wenn weiter verlangt wird, dass auch die nur kurze Zeit beobachteten Fälle mit in Rechnung gezogen und überhaupt die Nephrorrhaphie als noch sehr junge Operation nicht so streng beurtheilt werden soll, so will ich auch das sehr gerne anerkennen, wenn man dann aber auch zugiebt, dass die Nephrorraphie als im Stadium des Versuchs stehend anzusehen ist, und in ihrer Anpreisung etwas zurückhaltender auftritt. Hier möchte ich übrigens Frank, der mir vorwirft, die Beobachtungsdauer in dem Newman'schen Falle fälschlich statt auf 1 Jahr auf wenige Monate angegeben zu haben, bitten, mich das Kunststück zu lehren, wie man bei einer Operation, die, wie sein Citat angiebt, am 29. VI. 83 ausgeführt und im April 1884 veröffentlicht ist, ein Jahr Beobachtungsdauer herausrechnen kann. Dass ich mich geirrt oder vielmehr Brodeur's Irrthum mit übernommen habe, gestehe ich zu. Auch an der hübschen Arbeit von Kholodenko (Nephrorrhaphie, Paris 1889), die eine Reihe noch nicht veröffentlichter resp. bisher nicht berücksichtigter Fälle, besonders von französischen Operateuren, bringt, habe ich das auszusetzen, dass er auf Seiten der Nephrectomie nur Schatten, auf Seiten der Nephrorrhaphie nur Licht sieht, ohne doch durch seine Fälle (die übrigens im Uebrigen sehr interessant und sorgfältig beobachtet sind) einen zwingenden Beweis für die absolute Superiorität der letzteren beizubringen. Dass ihm das Versehen passirt ist, einen Dr. Verf. aus der deutschen Abkürzung für Verfasser herauszulesen, wollen wir ihm nicht zu hoch anrechnen, die Arbeit gehört jedenfalls zu den gehaltvolleren der über das Thema neuerdings erschienenen Veröffentlichungen.

Ergebnisse geliefert haben sollen und jedenfalls als Beiträge zur Lösung dieser wichtigen Frage mit grossem Danke begrüsst werden müssen. — Wenn man freilich die Abbildungen der erzielten Anheftungen sieht, so sind diese nicht gerade geeignet, grosses Vertrauen zu erwecken. — Vanneufville (De la nephrorraphie, Paris 1888) operirte mit Spaltung und Ablösung der Capsula adiposa und propria, Tuffier (Etudes expérimentales sur la chirurgie de la rein, Paris 1889) und nach ihm Cuziat (Du traitement du rein mobile, Paris 1889) schnitten grössere und kleinere Stücke aus der Capsula propria heraus, von dem Gedanken ausgehend, dass es vor Allem darauf ankäme, wirklich wunde Flächen gegeneinander zu bringen, um festere widerstandsfähigere Narben zu erhalten. Das grosse Verdienst, die Frage experimentell in Angriff genommen zu haben, bleibt den Franzosen unbestritten; die Sache selbst ist für uns Deutsche nichts Neues, da man bei uns längst damit begonnen hat, nachdem die Annähung der Capsula adiposa und auch fibrosa sehr mässige Resultate ergeben hatte, das Parenchym der Niere freizulegen und in die Wunde zu bringen. Ich glaube aber wohl, dass eine ausgedehntere Verwendung des Experiments vielleicht doch noch zur Auffindung besserer Methoden führen könnte und halte ein Fortschreiten auf dem von den Franzosen betretenen Wege für sehr wünschenswerth. Dass die Versuche, die Niere zwischen die Schichten der Lendenmusculatur einzuschliessen, um sie dadurch sicherer zu fixiren, eine Zukunft haben werden, ist wohl kaum anzunehmen; irgend welche Störungen der Function der Nieren sah Tuffier bei seinen bezüglichen Experimenten nicht. Eine intraperitoneale Annähung hat Rosenberger in einem Falle versucht (Ueber Operation der Wanderniere, Münch. med. Wochenschr. 1888, 50), seiner Angabe nach mit Glück. — Zum Schlusse muss ich noch auf eine Arbeit eingehen, welche sich in schärfster Weise gegen die Nephrectomie bei Wanderniere richtet, nämlich einen Aufsatz von W. Hager: Wider die Nephrectomie bei Wanderniere (Berl. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 2). Hager beschreibt einen Fall von rechtsseitiger Wanderniere, in welchem wegen hochgradiger Beschwerden die Nephrectomie ausgeführt wurde. $2^1/_2$ Monate später klagte Patientin über Beschwerden, welche, wie eine 14 Tage später vorgenommene Untersuchung ergab, ihren Grund hatten in einer linksseitigen Wanderniere mit Steinbildung. Eine Nephrorraphie beseitigte einen Theil der Beschwerden, die Steinbeschwerden bestehen fort. Wer diese Krankengeschichte ohne vorgefasste Meinung liest, wird daraus entnehmen müssen, dass, trotz der Versicherung des Herrn Hager, die linke Niere sei nicht dislocirt gewesen, eine linksseitige Wanderniere schon vor der Operation bestanden hat und dass daher die Nephrectomie allerdings nicht am Platze war. Wenn Hager die linksseitige Wanderniere vor der Operation nicht gefunden hat, so ist damit nicht der Beweis geliefert, dass sie nicht vorhanden war, denn selbst wenn man Hunderte von Wandernieren untersucht hat, also grosse Uebung besitzt, kommen einem doch Fälle vor, wo man die Anwesenheit einer Wanderniere erst nach vielfacher Untersuchung constatiren kann. Ich habe in einer früheren Arbeit (Einige Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Wanderniere, D. med. Wochenschrift, 1884, p. 230) einen Fall erwähnt, in welchem ich trotz täglicher Untersuchung die linke Niere für normal gelegen ansah und erst am Tage vor dem festgesetzten Operationstermin eine starke Dislocation derselben fand, worauf natürlich die Exstirpation der rechten unterblieb. Geschwindigkeit ist zwar keine Hexerei, aber dass binnen noch nicht 12 Wochen — und nach 12 Wochen klagte Patientin schon über hochgradige Beschwerden — eine vorher normal fixirte Niere beweglich und zugleich steinkrank werden soll, das zu glauben ist denn doch eine starke Zumuthung. Wenn man eine mangelhafte Diagnose stellt, wenn man darauf fehlerhafter Weise eine Operation beschliesst, so ist das sehr verzeihlich, wenn man seinen Fehler offen eingesteht, um Andere dadurch zu warnen und vor der gleichen trüben Erfahrung zu schützen, so ist das sehr ehrenwerth, wenn man aber fordert, dass eine Operation verworfen werden soll, weil man sie verkehrt angewendet hat, so ist das zuviel verlangt, so einfach ist die Sache denn doch nicht.

Der Eindruck, den ich aus den neuesten Publicationen über die chirurgische Therapie der Wanderniere gewonnen habe, ist der, dass die Nephrorraphie allerdings Fortschritte gemacht hat, zur Zeit aber durchaus das noch nicht leistet, was man von einer Operation, die in der Mehrzahl der Fälle unternommen wird, um herabgesetzte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu fordern berechtigt ist; dass also, wie ich früher ausgesprochen habe, immer noch leistungsfähigere Operationsmethoden gefunden werden müssen oder für diejenigen Fälle, bei welchen es sich darum handelt, Angehörige der arbeitenden Stände wieder erwerbsfähig herzustellen, die Nephrectomie in Kraft treten muss. Speciell würde ich bei denjenigen Patienten, bei welchen einmal die Nephrorraphie misslungen ist, wo nicht ganz zwingende Gründe dagegen sprechen, stets die Nephrectomie vorschlagen; überhaupt ist es gut gesagt, dass man eventuell bei Misserfolgen die Operation wiederholen soll, dazu gehören Zwei, Einer, der sie macht, und Einer, der sie sich machen lässt, und der Zweite wird sich meistens dafür bedanken, nach einer misslungenen Operation sich demselben Eingriff noch einmal zu unterziehen. Am ersten — in den grossen Berliner Krankenhäusern mag ja vielleicht die Sache etwas anders liegen — werden diejenigen Patienten zur Wiederholung bereit sein, um deren Herstellung es am wenigsten gut steht, die Hysterischen; damit ist nicht viel gewonnen; diejenigen, deren Heilung dem Chirurgen am meisten am Herzen liegt, werden nur zu leicht das Vertrauen zu dem Arzte verlieren und eine weitere Operation zurückweisen. Für sehr nothwendig halte ich es, die geheilten Fälle von Nephrorraphie in längeren Zwischenräumen wieder nachzuuntersuchen, mancher Fall, der vielleicht nach Jahresfrist sich noch leidlich befindet, mag nach 2 Jahren wieder auf dem alten Status angekommen sein, bindegewebige Narben verdienen nun einmal kein grosses Vertrauen.

Nachwort.

Nachdem vorstehende Arbeit an die Redaction bereits eingesandt war, erschien der Vortrag von Ewald: Ueber Enteroptose und Wanderniere (Berl. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 12 flg.). Da besondere neue Beobachtungen in demselben nicht enthalten sind, sondern nur sorgfältige Untersuchungen über einen Zustand, welcher wohl von den meisten Beobachtern längst gewürdigt worden ist, so begnüge ich mich, zu constatiren, dass Ewald's Erfahrungen in den wesentlichen Punkten mit den meinigen übereinstimmen und dass ich ganz besonders auch darin die Beobachtungen Ewald's bestätigen kann, dass durchaus kein enges Verhältniss zwischen Enteroptose und Wanderniere besteht, am allerwenigsten die letztere durch erstere verursacht wird.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. v. Kerschensteiner, k. Geheimer Rath und Obermedicinalrath: **Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern.** Im Auftrag des k. bayerischen Staatsministeriums des Innern nach amtlichen Quellen hergestellt, unter Mitwirkung von Nep. Zwickh, Functionär im k. statistischen Bureau. 19. Band, das Jahr 1886 umfassend.

Der neue mit 21 Tabellen, 3 Kartogrammen und 3 Diagrammen versehene Band der Generalberichte entspricht vollkommen der in Bayern erreichten Höhe der Sanitätsverwaltung selbst. Er enthält wie die früheren Jahrgänge eine ungemein fleissig verfasste Zusammenstellung alles Wissenswerthen aus dem reich zufliessenden Stoffe und im statistischen Theile, nicht nur, wie ähnliche officielle Veröffentlichungen, das Rohmaterial, sondern zum Theil auch eine fast monographische Bearbeitung desselben, wie z. B. der Selbstmorde, dann aller den Arzt angehenden Verhältnisse der Irrenanstalten und Gefängnisse.

Betrachten wir zunächst die drei Kärtchen, denn die Gegenstände, auf die sie sich beziehen, sind wegen ihrer Wichtigkeit mit gutem Grund für die bildliche Darstellung ausgewählt worden. Da treffen wir wieder auf das, was in Bayern leider immer noch am dringendsten einer sanitären

Beeinflussung bedarf, — die hohe Kindersterblichkeit. Die Sterblichkeit war für das erste Lebensjahr im Jahre 1886 auf 100 Lebendgeborene 31,7 bei Knaben, 27,2 bei Mädchen, 29,5 bei Kindern überhaupt. »Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr ist somit sowohl gegenüber der vorhergehenden zehnjährigen Durchschnittsperiode 1876—1885, als den beiden Vorjahren (28,5 bezw. 28,8 Proc.) gestiegen und zwar bei beiden Geschlechtern. Die Steigerung ist jedoch nicht erheblich; von den letzten 24 Jahren zeigen nur 6 Jahre ein günstigeres Verhältniss«. Die Sterblichkeit der ehelichen Kinder betrug 27,9, die der unehelichen 37,4 Proc. Die unehelichen Kinder machen im rechtsrheinischen Bayern noch immer 15,1 Proc. aller Geborenen aus. Beinahe 2 Fünftel der im ersten Lebensjahre gestorbenen Kinder starben schon im ersten Monat. Die geographische Vertheilung der Kindersterblichkeit zeigt ähnliche Verhältnisse wie der Durchschnitt der 8 vorausgegangenen Jahre. Die höchste Kindersterblichkeit (über 39,1 Proc.) herrscht im Centrum Bayerns zu beiden Seiten der Donau von Ulm bis Straubing. Die Verhältnisse in Stadt und Land zeigen unter sich geringe Unterschiede. Die Sterblichkeit betrug im rechtsrheinischen Bayern in den unmittelbaren Städten für die ehelichen Kinder 30,2, in den Bezirksämtern 29,8 Proc.; für die unehelichen 36,4, bezw. 37,9 Proc. Diese Verhältnisse scheinen Westergaard's Ansicht zu bestätigen: »Es hat fast den Anschein, als ob bisweilen die Sterblichkeit zu einem Maximum gelangen kann, über welches selbst noch ungünstigere Verhältnisse sie nicht hinauszutreiben vermögen. Man sieht dagegen umgekehrt, dass die Kindersterblichkeit in Ländern, wie Norwegen, wo ein Minimum erreicht ist, unter ungünstigen Verhältnissen gleich steigt». Er giebt unter Anderm die Zahlen für Hamar Stift 8,9, die Städte des Königreichs 14,5, Stadt Bergen 18,0. Wenn wir nun sehen, worauf schon sehr richtig der vorjährige Generalbericht hinwies, dass in Bayern jene Sterblichkeit in den Städten nur ganz unbedeutend grösser ist, dass sie vielmehr in den grössten Städten kleiner ist, als in den umgebenden Bezirksämtern, z. B.

in München	Stadt 33,2,	Bezirksamt (I)	45,2
» Nürnberg	» 33,3,	»	36,0
» Augsburg	» 35,0,	»	44,7
» Würzburg	» 21,0,	»	27,3
» Fürth	» 29,5,	»	31,5

so könnte wohl als beitragende Ursache daran vielleicht die Verschiebung vermuthet werden, welche das Verbringen von Kindern auf das Land hervorruft, — im Ganzen deuten diese Zahlen gewiss auf ganz abnorme Zustände auf dem Lande. Wer aber weiss, dass die Sterblichkeit des ersten Lebensjahres in Bayern wohl die höchste in civilisirten Ländern ist, dass in Deutschland nur noch Württemberg ähnliche Verhältnisse zeigt, wer damit z. B. die Mittelzahl von Norwegen, 10,6 vergleicht, der muss immer wieder Nachdruck darauf legen, dass es sich hier um grossentheils vermeidbare Sterbefälle handelt, der muss es aber auch immer wieder anerkennen, dass die Sanitätsverwaltung nie müde wird, auf diese wunde Stelle zu deuten und — eine wahre Sisyphusarbeit — alles in ihren Kräften stehende dagegen zu thun. Aber es handelt sich hier nicht nur um eine medicinische Frage allein, sondern auch um eine Frage der Nationalöconomie und Moral und alle Organe der staatlichen und gemeindlichen Verwaltung und Jeder im Bereiche seines Könnens müsste dahin streben, dass diesem Missstande ein Ende gemacht wird, der dem Lande ebenso zum Schaden, wie zur Unehre gereicht.

Ein freundlicheres Bild bietet dagegen die Abnahme der Typhussterblichkeit. Im Jahre 1886 betrug die Zahl der Todesfälle an dieser Krankheit im ganzen Königreich 994 oder 18 auf 100,000 Einwohner. In Oberfranken war das Minimum (14), in Schwaben das Maximum (26). Die Vertheilung auf die einzelnen Bezirksämter ist eine sehr unregelmässige; neben dem Bezirk Nabburg mit keinem Todesfall ist z. B. der von Burglengenfeld, welcher mit 7,7 Todesfällen auf 10,000 Einwohner die zweithöchste Todeszahl hat. Die höchste hat Kempten mit 12,1. Die grösseren Städte, z. B. Nürnberg, Augsburg, Würzburg sind fast alle sehr günstig gestellt, auch München hat nur 2 Todesfälle auf 10,000 Einwohner. Sehr lehrreich ist nun die Curve, welche für die Typhussterblichkeit in Bayern von 1857 bis 1887 auf Seite 58 dargestellt ist. Mit verschiedenen Rückfällen ist es eine im Ganzen doch regelmässig absteigende Linie, die von 107,9 Todesfällen auf 100,000 Einwohner im Jahre 1857, der höchsten Zahl, auf 14,7 im Jahre 1887, der niedrigsten Zahl herabgeht. Diese Abnahme ist durch so grosse Zahlen nachgewiesen, sie ist, wie bemerkt, trotz aller Unregelmässigkeiten im Einzelnen eine im Ganzen so regelmässige, dass man auf eine bleibende Verringerung der Typhustodesfälle hoffen dürfte, an der zum Theil allgemeine sanitäre Verbesserungen und Steigen des Wohlstandes, der Reinlichkeit etc. der Einzelnen ihr Verdienst beanspruchen könnten. Ob oder wie weit diese Hoffnung aber erfüllt werden wird, kann erst die Zukunft lehren. Die Typhussterblichkeit hat in den letzten Jahren in ganz Deutschland abgenommen, allerdings wie es scheint nicht ganz in dem Verhältniss, wie in Bayern, namentlich Oberbayern. Setzt man z. B. die Zahl der Typhustodesfälle im Jahre 1877 in Bayern = 100, so betrugen sie 1885 nur noch 57 Proc., in den grösseren deutschen Städten nach den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes aber 1885 gegenüber 1877 noch 70 Proc. und dabei ist zu beachten, dass in den bayerischen Städten in der obengenannten Periode, wie überhaupt von 1857 an, die Abnahme noch grösser war, wie auf dem Land, also auch im ganzen Königreich.

Die Zahl der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen ist in den letzten Jahren in langsamer Zunahme begriffen, beträgt aber im Durchschnitt des Königreichs immerhin nicht erheblich mehr, als die Hälfte (54,8 Proc.). Das beiliegende Kärtchen zeigt in dieser Beziehung ähnliche Verhältnisse auf grösseren Strecken des Landes. Die Strecken, in der die ärztliche Thätigkeit noch wenig geschätzt wird, die sich mit anderen Worten durch ein höheres Maass von Indolenz und Unwissenheit auszeichnen, sind im Ganzen da zu finden, wo weniger Städte liegen; aber keiner der Volksstämme hat dem andern hierin etwas vorzuwerfen. Neben dem oberbayerischen Tölz mit 83 und Berchtesgaden mit 75 Behandelten (im Durchschnitt der Jahre 1884—1886) befindet sich der niederbayerische Bezirk Viechtach mit nur 12 (Minimum) und umgekehrt neben dem oberfränkischen Ebermannstadt mit 19 der unterfränkische Bezirk Ochsenfurt mit 71 Proc. Dass die Schwierigkeiten der Entfernungen und Verbindungen kein Hinderniss für häufigere ärztliche Behandlung bildet, beweisen die besseren Zahlen im dünner bevölkerten Gebiet der bayerischen Alpen, z. B. Lindau und Sonthofen mit 76, Berchtesgaden mit 75 Proc., — Gegenden, die sich zum Theile auch nicht gerade durch Wohlstand auszeichnen, namentlich nicht gegenüber den fruchtbaren Theilen Niederbayerns, den Gegenden von Eichstätt, Bamberg, Weissenburg und Nördlingen.

Von dem weiteren Inhalte sei nun noch Einiges, offen gestanden ganz willkürlich, herausgehoben, denn jeder bayerische Arzt sollte das ganze Buch selbst lesen und studiren. Von allen Infectionskrankheiten im bisherigen Sinn ist die Diphtherie wie seit Jahren die gefährlichste gewesen. Sie machte über zwei Fünftel der Todesfälle durch Infectionskrankheiten aus, und zwar tödtete sie beinahe ausschliesslich Kinder unter 10 Jahren. Die wichtigste Infectionskrankheit ist freilich in Wirklichkeit die Tuberculose. Sie tödtete mehr Menschen als alle anderen Infectionskrankheiten zusammengenommen, denn von diesen kamen auf 100,000 Einwohner 262 Todesfälle, von jener 282. Seit 1871—1875 ist die Zahl der Todesfälle an Tuberculose, auf die gleiche Einwohnerzahl berechnet, gestiegen. Nach den Berichten der Thierärzte scheint auch die Tuberculose der Schlachtthiere in Augsburg und den mittelfränkischen Städten entschieden seit 1880 bezw. 1877 häufiger geworden zu sein.

Von dem nützlichen Einwirken der Behörden auf die gesundheitlichen Verhältnisse sei namentlich auf die Erfolge des dem k. Staatsministerium des Innern unterstellten technischen Bureau für Wasserversorgung aufmerksam gemacht. Seine Erfolge sind in den 8 Jahren seines Bestehens, d. h. seit 1878 bei bescheidenen Ausgaben gewiss für das Land sehr segensreich gewesen.

Bei den Lebensmitteluntersuchungen haben sich im Berichtjahr unter den untersuchten Proben verhältnissmässig die meisten Verfälschungen bei Wein, Butter, Bier und Brod gefunden, von denen 33 bis 25 unter 100 Proben beanstandet wurden. Es spricht dies deutlich genug für die Nothwendigkeit einer fleissigen Beaufsichtigung der Lebensmittel. — Vieles wäre hier noch von gemachten Verbesserungen zu erwähnen. Es sei hier nur noch die für Jeden, der im immer noch geduldeten Rauch anderer Fabrikstädte leben muss, die beneidenswerthe Thatsache mitgetheilt, dass schon 1886 in Mittelfranken 47, in Oberfranken 46 Proc. der inspicirten Fabriken rauchverzehrende Feuereinrichtung hatten und nach einer mündlichen Angabe soll jetzt in Nürnberg die rauchverzehrende Feuerung obligatorisch sein. Warum folgen hierin nicht die anderen Regierungsbezirke (?). Dass allerdings oft noch Nöthigeres fehlt, kann man z. B. aus der Nachricht schliessen, dass in der Stadt Klingenberg a./M. die Mehrzahl der Wohnhäuser erst durch Regierungsverfügung Aborte und Dachrinnen erhielt.

Ueber die Ergebnisse der Krankenversicherung in Bayern ist eine gedrängte Uebersicht der Zeitschrift des königl. statistischen Bureau entnommen. Man dürfte vielleicht den Wunsch aussprechen, dass über diese in den folgenden Jahrgängen ausführlicher berichtet würde.

Es möge erlaubt sein, im Anschluss an diesen Wunsch, nicht mit Rücksicht auf die davon nicht betroffenen Generalberichte, aber im Hinblick auf diejenige Art der Krankheitsstatistik, welche bis jetzt in Deutschland mit Vorliebe betrieben wurde, folgenden Excursus an unsere Besprechung anzuknüpfen.

Wir glauben, dass keine Krankheitsstatistik in nächster Zeit bei uns so viel leisten könnte, wie die Statistik der Krankencassen, trotz der auch ihr anhaftenden Mängel. In der Statistik der Gewerbekrankheiten hat uns die englische und theilweise selbst die italienische Statistik überholt, während die bisher bei uns mit Vorliebe und man darf sagen oft kritiklosem Eifer gepflegte Krankenhausstatistik in wissenschaftlicher und besonders praktischer Beziehung doch nur einen beschränkten Werth hat. Abgesehen davon, dass alle Krankenhausstatistik nur einen sehr kleinen Theil aller Krankheiten und Todesfälle betrifft, so hat auch die Bevölkerung der Spitäler eine zufällige nach Alter, Geschlecht, Wohlstand etc. ganz anders gebildete Zusammensetzung, als die Bevölkerung in ihrer Gesammtheit. So wird man z. B. mit einem bestimmten Schlusse zurückhalten müssen, wenn man hört, dass in den öffentlichen Irrenanstalten eines Landes von 10,000 verheiratheten Einwohnern x Einwohner, von ebenso viel ledigen $1^1/_4$ x Einwohner aufgenommen wurden. Denn kann man Demjenigen, der behauptete, es würden unter den Ledigen ein Viertel mehr geisteskrank, als unter den Verheiratheten, nicht mit gutem Grund die Frage entgegenhalten: Werden nicht Ledige, die keine Familie haben, die zu Hause keine Pflege und Aufsicht haben, viel öfter in die Irrenanstalten überführt, als Verheirathete, bei denen noch dazu eine verkehrte Rücksichtnahme auf die Familie besonders oft von der Verbringung in eine Anstalt absehen lässt? —

Um auf statistischem Wege die Aetiologie der Krankheiten zu studiren, müssen wir die verschiedenen Ursachen des Gesundheitszustandes, also namentlich Alter, Besitz, Beschäftigung, Wohnung u. s. w. analysiren, also nacheinander möglichst alle anderen Ursachen bis auf eine aus der Rechnung eliminiren, um berechnen zu können, welchen Werth dieses allein übriggebliebene X habe? Das kann eine noch so weit getriebene Spitalstatistik nicht leisten. Was kann sie überhaupt ausser Beantwortung einzelner pathologischer oder ätiologischer Detailfragen in der That viel anderes erreichen, als die nun schon lange vorhandene ungefähre Kenntniss der procentualen Häufigkeit der einzelnen Krankheiten unter den Spitalfällen einer Stadt, die ebenso bekannte ungefähre Kenntniss der Prognose der einzelnen Krankheiten, oder etwa die Möglichkeit einer gewissen Controlle anderweitig erhaltener ungewisser Nachrichten? Hier scheint uns wirklich unsere deutsche Statistik ohne Schaden ganz wesentlich eingeschränkt werden zu können, ja mit grossem Nutzen, wenn die bisher dort verwandte Zeit nunmehr auf nutzbringendere Weise beschäftigt wird. Dr. Kolb.

1) **Ziegler, Ernst,** Professor der path. Anatomie und der allgemeinen Pathologie an der Universität Freiburg in Baden: **Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie** für Aerzte und Studirende. I. Band: Allgemeine pathologische Anatomie und Pathognese. Mit 343 theils schwarzen, theils farbigen Abbildungen und einer Tafel in Chromolithographie. 6. verbesserte und theilweise neu bearbeitete Auflage. Jena, G. Fischer, 1889. 567 S. Preis 10 M.

In der vorliegenden 6. Auflage sind wiederum mehrere Abschnitte neu bearbeitet und umgestaltet worden: so namentlich die Lehre von den pflanzlichen Parasiten und ihren Wirkungen, ferner das Capitel über die entzündliche Gewebsneubildung, der Abschnitt über die Missbildungen. Die Zahl der meist sehr gelungenen Abbildungen wurde um 36 vermehrt; die neueren Fortschritte auf dem Gesammtgebiete der allgemeinen Pathologie sind in allen Abschnitten gebührend berücksichtigt und die Literaturzusammenstellungen übersichtlicher angeordnet. Der Umfang des Bandes hat sich auf diese Weise etwas vergrössert.

Eine besondere Empfehlung des bekannten und beliebten Lehrbuches von Ziegler, dessen 4. Auflage vom Referenten in diesen Blättern (Jahrgang 1886, Nr. 19) besprochen wurde und welches vom Verfasser fortwährend und erfolgreich auf der Höhe der Wissenschaft erhalten wird, erscheint nicht nothwendig.

2) **v. Kahlden, C.,** Privatdocent in Freiburg: **Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate,** für Studirende und Aerzte. (Ergänzungsheft zu Ziegler's Lehrbuch der pathol. Anatomie. 6. Aufl.) 94 S. Jena, G. Fischer, 1890. Preis 2 M.

Auf Anregung von Prof. Ziegler hat Verfasser die vorliegende, in jeder Richtung empfehlenswerthe Anleitung bearbeitet, die zunächst bestimmt ist, in etwas erweiterter Form jenen technisch-histologischen Abschnitt zu ersetzen, welcher den ersten Auflagen des Ziegler'schen Lehrbuches beigegeben war, in den späteren Auflagen jedoch keine Berücksichtigung fand. Genaue Inhaltsübersicht und Sachregister erleichtern den Gebrauch des handlichen Leitfadens, der das Prädicat: »kurz und gut« vollauf verdient. Bollinger.

L. Unger: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. I. Hälfte. Verlag von Franz Deuticke. Wien, 1890.

Das neue Lehrbuch ist in seiner kurzgefassten systematischen Darstellung vorwiegend zur raschen Orientirung über das Gesammtgebiet der Kinderheilkunde bestimmt. Man muss zugestehen, dass es, soweit sich aus dem bis jetzt Erschienenen urtheilen lässt, diesen Zweck erfüllt und neben den zahlreichen dickleibigeren Collegen sicherlich seinen Platz in der Literatur behaupten wird. Die flotte, übersichtliche Darstellungsweise, Kürze und Klarheit, verbunden mit selbstständiger Verarbeitung und kritischer Würdigung der neuen Arbeiten und Gesichtspunkte, Vermeidung theoretischen Beiwerkes und casuistischen Ballastes sind Vorzüge, die gerade in den Kreisen der Studirenden, denen es ja zur Vertiefung des Studiums der Kinderheilkunde meist an Zeit gebricht, geschätzt werden. Wissenschaftliche Entdeckungen, neue Anschauungen und Beobachtungen wird man darin nicht finden; aber das vorhandene Material ist in unleugbar geschickter Weise compilirt.

Der bis jetzt erschienene Theil umfasst Ernährung, Pflege und Wachsthum des Kindes; ferner die Krankheiten der Neugeborenen, der Verdauungs-, Respirations- und Circulations-Organe. Die äussere Ausstattung Seitens der Verlagshandlung lässt Nichts zu wünschen übrig; nur ist der Grund nicht recht erfindlich, wesshalb dieselbe das Buch trotz seines geringen Umfanges in zwei getrennten Abschnitten erscheinen lässt.

Escherich.

Vereins- und Congress-Berichte.

IX. Congress für innere Medicin

zu Wien vom 15.—18. April.

(Originalbericht.)

I. Tag, Dienstag, den 15. April 1890.

Der Vorsitzende, Hofrath Nothnagel, eröffnet den Congress, der in dem Festsaale der Akademie der Wissenschaften tagt, mit einer formvollendeten, gedankenreichen Rede, in welcher er zunächst seinem freudigen Dank darüber Ausdruck giebt, dass anstatt der anmuthigen Bäderstadt im Rheingau diesmal die alte Culturmetropole im Osten als Sitz für den Congress gewählt worden sei. Redner gedenkt der grossen Männer, durch welche die innere Medicin seit Gerhard van Swieten, der die erste innere Klinik in deutschen Landen hielt, so reiche Anregung von Wien aus empfing und entwirft sodann in grossen Zügen ein Bild des Entwicklungsganges der Medicin seit den ältesten Zeiten. Bis zum Anfang dieses Jahrhunderts war die innere Medicin ihrem Ziele, Krankheitsverhütung und Heilung, nicht wesentlich näher gerückt; sie war über den alten hippokratischen Standpunkt nicht hinausgekommen. Erst seit die Medicin aus einer blos descriptiven, mit haltlosen Speculationen überladenen Disciplin in eine wahre, mit den Methoden echter Naturforschung arbeitende Wissenschaft umgewandelt wurde, seit die Physiologie und die pathologische Anatomie, die Physik und Chemie, das Thierexperiment, die pathologische Histologie feste Anhaltspunkte für eine wissenschaftliche Therapie schufen, sind neue Bahnen betreten worden. Man begann jetzt den alten Besitzstand von diesen neuen Gesichtspuncten aus zu prüfen und den ganzen Apparat medicamentöser, physikalischer, mechanischer, diätetischer etc. Heilmittel- und Methoden exact zu untersuchen. Die wissenschaftliche Therapie steht gegenwärtig inmitten dieser Bewegung; die innere Medicin vergisst nicht mehr, dass nur die wissenschaftliche Erkenntniss, mit Benützung aller theoretischen Hilfsmittel sie ihrem Ziele näher bringt. In der Medicin führt der Weg zum Können nur durch das Kennen, beide aber sollen getragen sein von höchster sittlicher, von echt menschlicher Gesinnung.

Nachdem ferner der Unterrichtsminister Dr. von Gautsch Namens der Regierung, Bürgermeister Dr. Prix Namens der Stadt Wien und Hofrath Dr. Billroth Namens der Gesellschaft der Aerzte die Versammlung begrüsst haben, wird zur Constituirung des Bureaus geschritten. Vorsitzender ist Nothnagel-Wien, stellvertretender Vorsitzender Leyden-Berlin, Koranyi-Pest und Bäumler-Freiburg; Vorsitzender des Geschäftscomités ist Curschmann-Leipzig, Schriftführer S. Guttmann, Klemperer, Krehl, Peiper, Lorenz.

Es wird sodann zur Tagesordnung übergegangen:

Prof. **Immermann**-Basel (Referent): **Die Behandlung der Empyeme.**

Referent erinnert daran, dass die Behandlung der Empyeme schon einmal auf einem der Congresse für innere Medicin (1886 in Wiesbaden) Gegenstand des Referates bildete, obwohl damals das Thema (operative Behandlung der Pleuraexsudate) etwas anders lautete. Da indessen der Schwerpunkt der Behandlung, gerade bei Empyemen, in dem operativen Momente liegt, so bildet das gegenwärtige Thema in der That doch nur eine engere Umgrenzung des damaligen. Als Hauptindicationen für die Therapie der Empyeme dürfen gelten:

1) Den vorhandenen Eiter zu entfernen,

2) die Wiederansammlung desselben zu verhüten,

3) das normale, anatomische wie physiologische Verhalten des respiratorischen Apparates so direct und so vollständig als möglich wieder herzustellen.

Von diesen 3 Indicationen erfordert nun aber schon die erste an und für sich in der Regel ein operatives Vorgehen.

Spontanresorption findet zwar auch unter Umständen statt und ist bei metapneumonischen Empyemen, wenn sie nur Pneumococcen enthalten, sogar häufig. Sobald hingegen andere Mikroorganismen pyogener Natur (Streptococcen, Staphylococcen, Tuberkelbacillen) an der Erzeugung des Empyems die Schuld tragen oder mitbetheiligt sind, ist wegen der Lebenszähigkeit dieser übrigen Eitererreger auf Spontanresorption kaum zu rechnen. Daher der progressive Charakter der allermeisten Empyeme, welcher im Allgemeinen ein actives Einschreiten nothwendig macht.

Innere, sogenannte resorptionsbefördernde Mittel haben sich bei dieser Art Empyemen als völlig unzureichend erwiesen, die spontane Abkapselung des Eiters ist ein sehr seltenes Ereigniss und der spontane Durchbruch des Empyems nach irgendwelcher Seite hin kann unberechenbare Folgen haben. Da er dem Leben des Kranken unter Umständen direct bedrohlich werden kann, soll er besser auch nicht abgewartet werden. Es ist darum, von reinen Pneumococcenempyemen abgesehen, bei denen man zunächst exspectativ sich verhalten darf, eine operative Entfernung des Eiters für alle übrigen Empyemformen das einzig zweckentsprechende Mittel.

Um ferner bei vorhandenem Pleuraexsudat sicher zu sein, ob ein Empyem vorliegt oder nicht, und um in letzterem Falle die bacteriologische Species desselben genauer kennen zu lernen, ist von der Explorativpunction ein möglichst umfassender Gebrauch zu machen, die, antiseptisch ausgeführt, ein durchaus unbedenklicher Eingriff ist.

Es gilt aber nicht allein, den vorhandenen Eiter zu entfernen, sondern auch zweitens, die Wiederansammlung zu verhindern. Letztere droht jedesmal, so oft mit Eiterresten auch lebende Eitererreger zurückbleiben, ein Fall, der aber gewöhnlich zutrifft. Es kommen deshalb für die operative Behandlung der Empyeme wesentlich nur solche Methoden in Frage, die auch eine regelmässige und vollständige Entfernung der Eiterreste und der Eiternachschübe ermöglichen.

Die Erfüllung der dritten Indication (directe und vollständige Wiederherstellung der normalen respiratorischen Verhältnisse) bleibt häufig ein frommer Wunsch. Zunächst natürlich da, wo irreparable Erkrankung der Lunge (Phthise) neben dem Empyeme besteht, ferner bei perforativem Pneumopyothorax, endlich auch bei veralteten und vernachlässigten Empyemen allein, wenn die Lunge wenig ausdehnbar oder fester adhärent geworden ist. In allen solchen Fällen wird man sich besten Falles mit einer relativen Heilung oder Herstellung mit Defect begnügen müssen, und oftmals müssen unter solchen Umständen relativ geringe therapeutische Effecte noch erst durch sehr erhebliche operative Eingriffe theuer erkauft werden. Es gilt darum, in jedem Falle die Grenzen des therapeutisch Erreichbaren im Voraus approximativ festzustellen, Einsatz und möglichen Erfolg sorgsam zu vergleichen, und hiernach den Curplan einzurichten. Fällt das Resultat der Rechnung sehr ungünstig aus, so ist es besser, den Kranken zu schonen und sich mit palliativen Maassregeln zu begnügen.

In einfachen und frischen Fällen hat man dagegen sehr entschieden die Herstellung unter möglichster Wahrung des noch erhaltenen anatomischen Bestandes und der noch erhaltenen physiologischen Heilpotenzen zu erstreben, und es erscheint, zunächst a priori, nicht angemessen, die Cur immer sofort mit einer ausgedehnteren Mutilation der noch intacten Brustwandung, und mit der Erzeugung eines artificiellen Pneumothorax ohne jede Schonung zu beginnen. Solche grosse chirurgische Eingriffe sollten vielmehr nur für die schwierigeren Fälle, als unliebsamer Nothbehelf, reservirt bleiben, denn Eines schickt sich nicht für Alle.

Referent bespricht sodann kurz die einzelnen gebräuchlicheren Methoden der Empyembehandlung, und versucht zu zeigen, in wie weit sie den gestellten Indicationen entsprechen oder nicht.

Zunächst die einfache (beziehungsweise aspiratorische) Punction oder Thorakocentese. Ihre Anwendung, als curative Methode, kommt für die heutige Behandlung des Empyemes kaum noch in Frage, da es nicht gelingt, selbst bei wiederholter Vornahme, die Eitererreger auf diesem Wege aus dem Thorax völlig herauszubefördern, und Wiederansammlung darum die Regel ist. Nur bei reinen Pneumococcenempyemen, die nicht mehr wachsen, verspricht diese Methode mehr als palliative Erfolge, doch zeigen die nämlichen Fälle auch grosse Neig-

ung zur Spontanresorption und machen damit wohl meist die Punction überflüssig. Dagegen darf die periodisch wiederholte einfache Thorakocentese zu palliativen Zwecken beibehalten werden in desperaten Fällen, die ein radicaleres Vorgehen nicht mehr gestatten.

Durch nachfolgende Irrigation mit desinficirenden Flüssigkeiten hat man den Erfolg der Punction zu sichern versucht (Baelz und Kashimura u. A.), jedoch ohne durchschlagenden Erfolg. Die Desinfection der Pleurahöhle misslingt meist und muss auch im Allgemeinen misslingen, weil gewöhnlich im pleuralen Gewebe selbst zahlreiche Eitererreger lebend zurückbleiben und ihr Spiel alsbald von Neuem beginnen.

Rationeller erscheint die Perrigation der Pleurahöhle mittelst zweier diametral (vorn unten und hinten oben) gemachter Punctionsöffnungen und eingelegter verschliessbarer Dauercanülen (Michael). Diese Methode gestattet tägliche Durchspülung des Thoraxraumes und damit auch, ohne dass ein Pneumothorax entsteht, ausgiebige Entfernung des nachgebildeten Eiters. Zwei grössere Empyeme von längerem Bestande bei Kindern heilten auf diese Weise in auffallend kurzer Zeit (14 Tagen).

Die permanente Fortschaffung der Eiternachschübe bildet auch die leitende Idee bei der sogenannten Radicalmethode der Empyembehandlung, deren verschiedene Modificationen das Eine miteinander gemein haben, dass mindestens an einer Stelle der Thorax breiter eröffnet und eine äussere Brustfistel angelegt wird, die so lange offen zu bleiben hat, bis die Ausheilung übrigens erfolgt ist. Seit der allgemeinen Einbürgerung dieses Verfahrens hat sich die Prognose der einfachen Fälle ausserordentlich gebessert; die Letalität für sie beträgt gegenwärtig nur noch etwa $^1/_4$—$^1/_5$ der früheren, sehr hohen Letalität des Empyems überhaupt (80 Proc.). Selbst jauchige Empyeme sind jetzt bei diesem Verfahren längst nicht mehr so bedenklich, als früher, und die Gefahr des Empyemes hängt augenblicklich weit mehr von etwaigen Grundleiden und Complicationen ab, als von ihm selber.

Referent giebt nunmehr eine kurze historische Skizze von der Ausbildung der Radicalmethode, deren höchst beachtenswerthe Anfänge sich auf Hippokrates und die Asklepiaden zurückführen lassen. Die jetzt vornehmlich geübte Technik auch bei einfacheren und frischeren Fällen ist die von König empfohlene: Eröffnung vorn oder hinten seitlich am Thorax mit subperiostaler Resection eines Rippenstückes, Säuberung der Pleurahöhle von den Gerinnseln, Drainage und antiseptische Nachspülungen nur bei Stagnationen des Eiters, welch letztere indessen doch meist nicht ganz zu umgehen sind, da ein vollständiger, spontaner Abfluss der Eiternachschübe auf diesem Wege in der Regel doch nicht ermöglicht wird.

Um die Nachspülungen ganz überflüssig zu machen, welche nicht nur belästigend, sondern auch hinderlich für die Ausheilung wirken, ja sogar durch Zurücktreiben der Eitererreger in das erkrankte Gewebe direct bedenklich erscheinen müssen, empfiehlt neuestens Küster wiederholt bei kleineren, abgesackten Empyemen das Ausstopfen der Höhle mit Jodoformmull, bei empfänglicheren Empyemen dagegen den Doppelschnitt (vorn und hinten an möglichst tiefer Stelle, dicht am Zwerchfelle) mit hinterer ausgiebiger Rippenresection und nach folgender totaler (querer) Drainage des ganzen Brustraumes. Die statistischen Ergebnisse bei letzterem Verfahren sind ausnehmend günstige (76,8 Proc. Herstellungen und nur 143,2 Proc. Todesfälle bei nichtcomplicirten Empyemen jüngeren und älteren Datums). Interessant ist, dass bereits Hippokrates und die Asklepiaden auf den tiefsten Punct zur Anlegung der Oeffnung für den Eiterabfluss Werth legten und hiernach handelten.

So glänzend nun aber auch diese Erfolge des Radicalverfahrens zweifellos sind, so wird durch dasselbe dennoch nicht eine correcte Heilung (in anatomisch-physiologischem Sinne) des Empyemes herbeigeführt. Die Ausheilung erfolgt vor Allem nicht durch natürliche Wiederentfaltung der Lunge, sondern durch feste, allseitige Obliteration des Pleuraraumes, bei welcher jene ihre normale Verschieblichkeit total einbüsst, ferner durch compensatorische Einziehung des Thorax mit Difformität, endlich unter ausgedehnter Narbenbildung in den Weichtheilen und mit Defecten in der knöchernen Brustwand. Sehr irrationell bei der offenen Behandlung der Empyeme ist namentlich die Schaffung eines Pneumothorax, als Zwischengliedes, da durch ihn an Stelle eines negativen Druckes im Brustraume, der der natürlichen Expansion der Lunge zu Hilfe käme, ein sehr schädlicher, positiver gesetzt wird. Diesen grossen Uebelstand umgeht nun in geschickter Weise die jetzt nach Bülau benannte Methode der permanenten Aspirationsdrainage, auf welche Referent zum Schlusse noch näher eingeht.

Das physikalische Princip dieser Methode, die ausser in Hamburg, auch neuerdings noch in Basel, Berlin und Graz mit Erfolg versucht wurde, ist der Heber; ihre Ausführung geschieht durch luftdichte Einführung eines längeren elastischen Drains in den Thorax unter Leitung der Canüle eines seitlich an abhängiger Stelle eingestossenen dicken Troicarts. Die Canüle wird hernach über das Drainende hinweg wieder aus der Thoraxwandung entfernt, das Drainrohr selbst aber bleibt liegen und wird äusserlich mit einem längeren Schlauche verbunden, der am Boden in ein Gefäss mit desinficirender Sperrflüssigkeit taucht. Durch den so in's Werk gesetzten Heber werden nun sowohl zunächst die angesammelten Eitermengen, wie später auch die Eiternachschübe continuirlich aus dem Thorax herausgesogen, während gleichzeitig eine Wiederausdehnung der Lunge unter negativem Drucke, also in durchaus natürlicher Weise, zu Stande kommt. Ist die Lunge noch vollkommen und leicht ausdehnbar (bei frischen Empyemen) so genügt die Heberwirkung allein; andernfalls kann letztere durch weitere Aspirationsvorrichtungen unten am Schlauche (Flasche, Saugspritze) zeitweilig oder dauernd verstärkt werden, was namentlich auch noch bei dickflüssiger Beschaffenheit des Eiters sich vortheilhaft erweist. Gerinnsel, welche den Schlauch zu verstopfen drohen, werden entweder auch so herausbefördert, oder durch gelinde Pulsion in den Thorax zurückgetrieben, wo sie allmählich zerfallen, resp. verflüssigt werden.

Die purulente Absonderung nimmt rasch an Menge ab und wird nach und nach serös, weil die erkrankte Pleura (durch Aussaugung) allmählich von ihren Eiterungen entlastet wird. Später wird der Schlauch mehr und mehr gekürzt und zugleich, mit dem Versiegen der Secretion, successive aus dem Thorax herausgezogen. Der Patient kann schon vorher das Bett verlassen und ist schliesslich (nach einigen Wochen) ohne Difformität und Defect, mit nahezu normaler Actionsfreiheit der Lunge geheilt.

Die Vortheile sind evident; die Ausführbarkeit ist jedoch an die Bedingung geknüpft, dass die Lunge noch ausdehnbar ist und der Saugwirkung gehörig nachfolgen kann. Ist dieses überhaupt nicht mehr der Fall (bei Pyopneumothorax, bei vorgeschrittener Phthisis, bei ganz veralteten Empyemen), so tritt auch keine Saugwirkung ein; dehnt sich die Lunge zwar theilweise, aber nicht völlig wieder aus (in manchen Fällen von Phthisis incipiens, bei vorhandenen Adhärenzen, in etwas älteren Fällen), so bleiben auch Empyemreste zurück, die kleinere Nachoperationen erforderlich machen. Immerhin darf man in letzteren Fällen die Aspirationsdrainage zunächst versuchen, wie weit man mit derselben kommt.

Das Hauptfeld für die Anwendung der Methode bilden die umfänglichen frischen Empyeme ohne sonstige Complicationen mit nicht zu dickem Eiter, die durch Streptococcen oder Staphylococcen bedingt sind, insbesondere auch die doppelseitigen Empyeme dieser Art, bei welchen eine doppelte offene Brustfistel doch nicht angelegt werden darf. Metapneumonische Empyeme lassen sich auch so behandeln, doch machen bei ihnen die gewöhnlich sehr dickflüssige Beschaffenheit des Eiters, ferner fibrinöse Verklebungen der Lunge mit der Brustwand öfter Schwierigkeiten für die Entleerung. Bei jauchigen Empyemen wird man besser die schneller entleerende Radicalmethode wählen, um den Kranken vor den Gefahren der Intoxication mit Fäulnissstoffen zu schützen.

Zum Schlusse giebt Referent noch eine statistische Uebersicht über das bisher durch die Aspirationsdrainage Geleistete, nach dem ihm zugänglichen Materiale aus Hamburg, Berlin,

Graz und Basel, zum Wenigsten über die Resultate in einfachen oder nicht schweren complicirten Fällen jüngeren und älteren Datums. Von 57 Kranken dieser Art starben 3 (5 Proc.), in 5 Fällen (9 Proc.) waren Nachoperationen (kleinere Rippenresectionen) erforderlich, die übrigen 49 Fälle (86 Proc.) heilten direct. Die Erfolge sind also sehr günstige, günstigere sogar noch, wie bei der Radicalmethode nach Küster, und der Vorwurf dieses letzteren, die Anwendung der Aspirationsdrainage bedeute in der Behandlung der Empyeme einen Rückschritt, erscheint darum völlig unzutreffend. Vielmehr kann die Radicalmethode durch letzteres, um Vieles mildere Verfahren, in den einfacheren Fällen der Krankheit mehr als ersetzt werden.

Dr. **M. Schede**-Hamburg (Correferent): Nach einleitenden Worten constatirt der Vortragende die so gut wie allgemeine Uebereinstimmung in dem einen Punkt, dass eiterige Pleuraexsudate jedenfalls operativ beseitigt werden müssen, sobald sie als solche sicher erkannt sind. Ueber die Operationsmethoden gehen freilich die Meinungen weit auseinander. Schede wendet sich dann zur Kritik der einzelnen Methoden. Der einfachen und der Aspirationspunction gesteht er nur als Präliminarverfahren, um Zeit zu gewinnen, um einer acuten Gefahr zu begegnen, eine gewisse Berechtigung zu, die sie ohne Zweifel auch behalten werde.

Die von Bälz so warm empfohlene Punction mit Auswaschung leistet kaum mehr. Der Vergleich mit der antiseptischen Auswaschung der Gelenke ist kein zutreffender, da hier viel concentrirtere Lösungen und ganz andere mechanische Manipulationen angewendet werden können und müssen, als bei der Pleurahöhle jemals in Betracht kommen können.

Sehr viel wichtiger ist die Bülau'sche Aspirations-Drainage, mit welcher in geschickten Händen, wie die Arbeit von Simonds gezeigt hat, in geeigneten Fällen ausgezeichnete Resultate erreicht werden können. Bei doppelseitigen Empyemen ist sie fast unentbehrlich. Aber sie leidet an den beiden schweren Uebelständen, dass das Drain sich sehr leicht verstopft, und dass es unter Umständen sehr schwer ist, bei Kindern und unruhigen Kranken den subtilen Mechanismus intact zu erhalten. Liessen sich diese beiden Uebelstände beseitigen, so würde sie vielleicht Ideales leisten.

Wie die Sachen gegenwärtig liegen, ist die einzige, immer sichere und immer zuverlässige, daher die allein empfehlenswerthe Methode die breite Incision, am besten mit gleichzeitiger Resection eines Rippenstückes. Dass letzteres nicht überall unumgänglich nothwendig sei, giebt Schede gerne zu. Vortheilhaft ist sie aber immer, nachtheilig niemals, und wenn der Patient, was bei Schede principiell geschieht, chloroformirt ist, als Erschwerung der Operation von gar keinem Belang.

Als Einschnittsstelle wählt Schede stets den abhängigen Punkt der Pleura etwas nach aussen von der hinteren Axillarlinie, so dass die 10., 9. oder 8. Rippe je nach Umständen resecirt wird.

Die Einwendung gegen die Wahl dieser Stelle und die Gründe für die einer höher gelegenen in einer der Axillarlinien weist er als unberechtigt und nicht stichhaltig zurück.

Gegen die Vorwürfe, die von vielen Seiten der offenen Incision gemacht werden, dass bei ihr der Atmosphärendruck nothwendig die Entfaltung der Lunge hindere und die Difformität des Thorax vergrössere, nimmt Schede jene in der entschiedensten Weise in Schutz. Er zeigt, dass die positive Druckschwankung bei der Exspiration völlig ausreicht, die Lunge wieder zu entfalten, und dass sie dauernd entfaltet bleibt, wenn ein gut angelegter, hinreichend dicker, antiseptischer Verband seine Function als eine Art Ventilverschluss gut erfüllt. In einem Falle von Resection eines handgrossen Stückes aus der Thoraxwand wegen eines malignen Tumors bei ganz gesunder Pleura und Lunge, fand er die Lunge schon nach 24 Stunden vollkommen entfaltet und athmend mit den Rändern der Thoraxwand verklebt.

Bei einem Kinde mit frischem Empyem, welches 14 Tage nach der Erkrankung von Schede mit breiter Incision behandelt wurde, war die Lunge ebenfalls beim ersten Verbandwechsel, der nach 4 Tagen stattfand, völlig wieder ausgedehnt.

Beispiele von vollkommenen Heilungen der Incisionswunde nach 10—20 Tagen finden sich jetzt in der Literatur in grösserer Zahl. Die Meinung, dass der offene Pneumothorax die Entfaltung der Lunge hindere, hat demnach keine Berechtigung mehr. Man muss nur so früh operiren, dass die Lunge überhaupt noch entfaltungsfähig ist. In einer eingehenden Auseinandersetzung über den Mechanismus, wie diese Entfaltung zu Stande kommt, spricht Schede der bekannten Roser'schen Hypothese von der Verschmelzung der Granulationen am Berührungswinkel von Pleura costalis und Pleura pulmonalis jede Berechtigung ab. Die Pleura producirt überhaupt keine Granulationen, wie das im Jahre 1885 auch Roser selbst noch anerkannt hat. Thäte sie es, so müsste jedes Empyem ausheilen. Es wäre dann gar nicht zu verstehen, wie die weiche und dehnbare Lunge dem mächtigen Narbenzug wiederstehen sollte, dem doch die Thoraxwand in so hohem Maasse nachgiebt.

Die einzig richtige Erklärung für den Mechanismus der Wiederausdehnung der Lunge hat schon Weissberger im Jahre 1879 (Berl. klin. Wochenschr.) gegeben.

Schede hält die Methode Küster's, jedesmal eine vordere und hintere Oeffnung anzulegen, von denen für letztere der abhängigste Punkt mit der Sonde aufgesucht wird, für die meisten Falle für überflüssig. Für besondere Verhältnisse, mehrfache abgesackte Empyeme etc. sind natürlich mehrfache Incisionen unter Umständen geboten.

Ausgespült wird in Fällen, wo der Eiter nicht putrid ist, nur einmal unmittelbar bei der Operation, dann aber auch gründlich, damit alle Gerinnsel etc. herauskommen. Eventuell nimmt Schede einen Stilschwamm oder grossen scharfen Löffel zu Hilfe. Jede spätere Spülung, die nicht durch Zersetzung des Eiters gerechtfertigt ist, verlangsamt die Heilung durch Zerreissung von Lungenverklebungen.

Schede erörtert alsdann die Frage, ob es Contraindicationen gegen die Schnittoperation giebt, namentlich, ob amyloide Degeneration und Tuberculose als solche gelten sollen?

Hinsichtlich der ersteren führt er einen Fall eigener Erfahrung an, in welchem nach ausgedehntestem operativem Eingriff (Thoraxresection) ein schweres Amyloid der Leber mit Ascites und Anasarca völlig zurückging. Von 4 Empyemoperationen bei Tuberculösen sah Schede 3 genesen.

Er ist geneigt, sich dem Rathe Pel's anzuschliessen: Die Empyeme Tuberculöser zu behandeln, wie alle anderen, aber die tuberculösen Empyeme (d. h. die durch Miliartuberculose der Pleura oder Perforation von Cavernen bedingten) höchstens palliativ mit der Punction zu beseitigen.

Freilich wird Differentialdiagnose nicht immer leicht sein.

Hinsichtlich der Behandlung alter Empyeme mit geschrumpfter, der Ausdehnung nicht mehr fähiger Lunge nimmt Schede die Priorität für die Idee, den Thorax durch Resection von Rippen nachgiebiger zu machen, für Simon in Anspruch, der schon 1869 eine solche Operation ausführte. Die Arbeit Estlander's, nach welchem die Operation namentlich in den ausserdeutschen Ländern in der Regel benannt wird, erschien erst 10 Jahre später. Zu der Zeit wurden in Deutschland schon von den meisten Chirurgen ausgedehnte Rippenresectionen zur Heilung von Empyemen ausgeführt. Schede selbst kam bereits im Jahre 1878 nach mannigfacher Erfahrung zu der Ueberzeugung, dass blosse Rippenresection, mochte man sie noch so ausgedehnt machen, durchaus nicht in allen Fällen ausreiche, und zog schon damals die Consequenz daraus, dass man noch einen Schritt weiter gehen und auch die Zwischenrippentheile mit der colossal verdickten Pleura entfernen müsse.

Die sogenannte Estlander'sche Operation leistet Vortreffliches in den Fällen, wo an die Retractionsfähigkeit der Thoraxwand keine allzu grossen Ansprüche gemacht werden, wo es sich nur um partielle Verödungen der Lunge handelt, wo namentlich der obere Theil der Lunge noch an normaler Stelle liegt.

Wo es sich aber um einen totalen Pyopneumothorax handelt, wo auch der oberste Kuppelraum der Pleura, der von der 1. und 2. Rippe und von der Clavicula nach vorn gedeckt ist, ausgefüllt werden muss, weil die Lunge ganz zusammengefallen

der Wirbelsäule flach anliegt, da ist auch die Wegnahme sämmtlicher zugänglicher Rippen nicht im Stande, die Heilung herbeizuführen. Das ist eine so allgemein anerkannte Wahrheit, dass durchwegs der Rath gegeben wird (Küster, de Cérenville, Bouilly), in solchen Fällen lieber gar nicht zu operiren. Dass in solchen Fällen die Lunge nicht im Stande ist, auch nur das Geringste zur Ausfüllung des Hohlraumes beizutragen — nicht in Folge davon, dass sie sich nicht mehr ausdehnen kann, sondern in Folge ganz bestimmter mechanischer Verhältnisse, die der narbigen Schrumpfung eine hiefür ungünstige Richtung geben, weist Schede an einer vorzüglichen Abbildung des Durchschnittes der gefrorenen Leiche eines mit Pyopneumothorax verstorbenen Menschen nach.

Schede hat, um solche Kranke dennoch zur Heilung zu bringen, eine kühne Operation in nun 10 Fällen in Ausführung gebracht, die darin besteht, dass er die ausserhalb der Rippen gelegenen Weichtheile des Thorax mit einem Schnitt, der in der Achselhöhle am vorderen Rande des Pectoralis maj. beginnt, bis zur unteren Grenze der Pleurahöhle hinabsteigt und im Bogen umwendend hinten zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule bis zur zweiten Rippe hinaufläuft, in einem grossen, die Scapula in sich enthaltenden Lappen ablöst und nun zunächst die sämmtlichen Rippen von der zweiten abwärts bis zur völligen Freilegung der Pleurahöhle von ihrem Knorpelansatz bis zum Tuberculum costae resecirt. Alsdann wird mit einer starken Cooper'schen Scheere der ganze Rest der Thoraxwand, bestehend aus Rippenperiost, Zwischenrippenmuskeln und verdickter Pleura, abgetragen, indem die vorher zwischen zwei Fingern comprimirten Intercostal-Arterien jedesmal sofort nach der Durchschneidung gefasst und unterbunden oder umstochen werden.

Damit wird die frühere starrwandige Eiterhöhle in eine flache, muldenförmige Wunde umgewandelt, welche nun sofort zum grössten Theil durch den abgelösten Hautlappen austapezirt, zum Theil auch durch den Subscapularis gedeckt wird.

Der Rest der Wunde, meist ein Theil des oberen Kuppelraumes, ein vorderer oder hinterer Streifen — je nachdem man die hinteren oder vorderen Wundränder durch die Naht vereinigt hat — und die unterste Partie wird mit loser Jodoformgaze bedeckt, mit deren Hilfe auch ein elastischer Druck auf den Hautlappen ausgeübt wird, um möglichst ein primäres Verkleben derselben mit der Unterlage zu erzwingen.

So kommt die Heilung meist zu einem grossen Theile per primam zu Stande, während der Rest sich durch Granulation schliessen muss.

Wo die Pleura noch blossliegt, sind noch nachträgliche plastische Operationen durch gestielte Hautlappen nothwendig.

Selbstverständlich ist das Resultat eine bedeutende Deformation der äusseren Contouren des Körpers. Indessen der Eingriff wird gut vertragen, die Patienten befinden sich, einmal genesen, vollkommen wohl und die so lange unthätig gewesene Lunge entfaltet sich sogar wieder in einem zuweilen recht beträchtlichen Grade.

Von den 3 in Berlin (1878 und 1879) Operirten wurde einer geheilt, die beiden anderen überstanden die Operation gut, waren aber bei Schede's Uebersiedlung nach Hamburg noch nicht geheilt.

Ueber ihr weiteres Schicksal hat der Vortragende nichts in Erfahrung bringen können.

Von 7 in Hamburg Operirten sind 5 geheilt, einer ist bald nach der Operation an Jodoformintoxication gestorben. Der 7. erkrankte, nachdem es ihm Anfangs sehr gut ging, an Morbus Brightii, wurde unter abnehmenden Kräften ungeheilt entlassen und ist wahrscheinlich auch zu Grunde gegangen. Den Geheilten geht es sämmtlich ausgezeichnet.

Schede demonstrirt schliesslich an einer Anzahl von Photographien und vortrefflichen Abbildungen die Veränderungen, die der Thorax bei dieser Operation erleidet.

Discussion: Fraentzel-Berlin hält die Radicaloperation bei sehr heruntergekommenen Individuen für gefährlich, und zwar nicht nur wegen des Eingriffes selbst, sondern wegen der Narcose. Bei solchen Kranken ist das Bülau'sche Verfahren warm zu empfehlen. Der Kranke kann sich dadurch so weit erholen, dass er dann die Radicaloperation vertragen kann; in vielen Fällen genügt aber das Bülau'sche Verfahren allein. Bei Tuberculose muss in der Mehrzahl der Fälle sowohl von der Bülau'schen als auch von der Radicaloperation Abstand genommen und nur palliative Punctionen ausgeführt werden.

Curschmann-Leipzig spricht seine Meinung dahin aus, dass, sobald ein Empyem constatirt wurde, operativ vorgegangen werden müsse, und dass man selbst in leichten Fällen nicht auf einen Spontanrückgang warten dürfe. Curschmann ist sogar Gegner jeder Punction. Die sogenannte Spontanheilung kleiner Empyeme beruht nach ihm auf einer Verwechslung mit Perforation nach dem Bronchialbaum; an eine Resorption glaubt Curschmann nicht.

In den leichten Empyemfällen kommt man ausnahmslos mit der Drainage-Aspiration aus, aber auch für die etwas schwierigeren Fälle ist zumeist die Drainage-Aspiration zu versuchen.

Bei Lungengangrän, Lungenabscess und Tuberculose ist hingegen nur die breite Incision und Rippenresection angezeigt. Seit 10 Jahren hat Curschmann in 73 leichteren Fällen (die etwa nach der 6. Woche in Behandlung kamen) die Aspirationsdrainage vorgenommen. In 89 Proc. der Fälle erfolgte Heilung, 6 Fälle endeten letal, 3 mit zurückbleibender Fistel. Unter diesen 73 Fällen befanden sich auch 3 Fälle von Lungentuberculose im ersten Stadium und 2 jauchige Exsudate; auch diese Fälle heilten vollkommen.

Was die gegen die Methode angeführten Einwände betrifft, so lässt sich das Verstopftwerden der Canüle durch Fibringerinnsel dadurch vermeiden, dass man alle paar Tage breitere Drains einführt. Das Zurückbleiben von Fibringerinnseln scheint kein wesentlicher Nachtheil zu sein. Antiseptische Ausspülungen nimmt Curschmann nur dann vor, wenn Fieber vorhanden ist. Bezüglich der Punctionsstelle ist Curschmann nicht der Ansicht, dass dies an der tiefsten Stelle zu geschehen habe. Bei allen Empyemoperationen lässt sich constatiren, dass das Zwerchfell zunächst hoch steigt und man geräth dadurch leicht in die Gefahr, dass die Fistelöffnung der Pleurahöhle nicht mehr direct gegenüber zu liegen kommt. Die Heilungsdauer ist bei der Aspirationsdrainage dieselbe wie bei der Radicaloperation. In vielen Fällen des Redners erfolgte die Heilung in 16—21 Tagen.

Hofmokl-Wien hält es gegenwärtig nicht für möglich, ein abschliessendes Urtheil über den Werth der beiden in Frage stehenden Methoden zu erreichen. Ein solches kann nur durch ein inniges Zusammengehen von Internisten und Chirurgen ermöglicht werden. Die geschilderten Gefahren der Chloroformnarkose hat Hofmokl selbst bei Kindern (30 Fälle) nicht gesehen. Er glaubt zwar, dass das Bülau'sche Verfahren für einfache Fälle von Nutzen sein könne, ist aber nicht der Ansicht, dass die Incision hinter das erstere zu stellen ist. Bei Tuberculose hat Hofmokl häufig an der Punctionsstelle ausgedehnte Phlegmonen entstehen gesehen. Er hält die Ausspülungen für vollkommen entbehrlich und empfiehlt nur die trockene Behandlung. Selbst gleich nach der Empyemoperation macht er in einfachen Fällen keine Ausspülungen, sondern entleert nur den Inhalt so vollkommen als nur möglich. Aber auch bei septischen und jauchigen Exsudaten macht er keine Ausspülungen, weil er sich durch die Section überzeugt hat, dass dieselben nutzlos sind, da man es gewöhnlich mit abgesackten Höhlen zu thun hat, aus denen der Inhalt durch die Ausspülungen nicht entfernt werden kann.

Leyden-Berlin tritt für die Bülau'sche Methode ein. Die Mängel der Radicaloperation bestehen zunächst darin, dass viele Kranke die Operation nicht ertragen können, und zwar droht die grösste Gefahr dem ohnehin schon geschwächten Herzen seitens der Chloroformnarcose. Für viele Kranke ist schon der Transport auf den Operationstisch mit Gefahren verbunden, schliesslich ist die Dauer der Operation nicht gleichgiltig. Die Vortheile der Bülau'schen Methode sind so bedeutende, dass sie Leyden in allen seinen Fällen anwendet und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Die Schwierigkeiten der Nachbehandlung werden durch die Vortheile der Methode aufgehoben. Diese Schwierigkeiten bestehen darin, dass sich die Höhle verkleinert und das Drainrohr sehr schwer in derselben zu erhalten ist und dass die Fistel sich schliesst und wieder aufbricht. Dadurch wird die Heilung in die Länge gezogen, so dass manchmal doch zur Incision und Rippenresection geschritten werden muss. Dann ist aber der Patient so weit erholt, dass er den Eingriff leicht ertragen kann. Durch eine gewisse Uebung lassen sich die erwähnten Schwierigkeiten allerdings umgehen.

Bei der Beurtheilung der einzelnen Fälle muss die Form der Erkrankung berücksichtigt werden. Die metapneumonischen sind die leichtesten, die schwierigsten sind die bei Tuberculose, in der Mitte stehen die Streptococcen- und Staphylococcenempyeme. Die jauchigen Empyeme sind nicht so gefährlich als allgemein angenommen wird und können ebenfalls erfolgreich mit der Bülau'schen Methode behandelt werden. Um über den Werth der verschiedenen Empyembehandlungen ein sicheres Urtheil gewinnen zu können, beantragt Leyden, eine Sammelforschung, die sich auf alle künftigen Empyemfälle (operirte wie nichtoperirte) beziehen soll.

Ewald-Berlin plaidirt dafür, dass jedes Empyem, sobald es durch die Punction erkannt worden ist, dem Chirurgen zur operativen Behandlung übergeben werden soll. In seinen 9 Fällen, bei denen die Operation nach Küster — doppelte Incision an einer oberen und tieferen Stelle — ausgeführt wurde, starb nur einer (Tuberculose), die übrigen wurden geheilt. Was die alten Exsudate betrifft so sollen dieselben gar nicht vorkommen, die Empyeme sollen gleich erkannt und operirt werden.

v. Ziemssen-München übt seit 10 Jahren bei seinen Empyemfällen die Incision mit Rippenresection und ist mit den Resultaten sehr

zufrieden. Ueber das Bülau'sche Verfahren hat er keine genügende Erfahrung, ist aber der Ansicht, man solle bei Behandlung der Empyeme den sicheren Weg gehen und die Radicaloperation vornehmen. Diese Methode giebt auch bei Tuberculose sehr zufriedenstellende Resultate. Die Aufgabe der Aerzte ist es, kein Empyem alt werden zu lassen. Sobald die bacteriologische Untersuchung des Exsudates das Vorhandensein von Streptococcen ergeben hat, so kann man mit Sicherheit ein Empyem annehmen, auch wenn das Exsudat serös ist. Auch bei Kindern liefert die Radicaloperation die denkbar günstigsten Resultate, ohne dass die geringste Difformität zu befürchten wäre.

Fürbringer-Berlin spricht sich unbedingt für die Radicaloperation aus für die Fälle von Empyem, bei welchen die Probepunction einen dicken, rahmigen Eiter zu Tage fördert, weil solche Fälle nie, selbst nicht bei Kindern, von selbst heilen. Die Heberdrainage hat ihm in 3 Fällen kein befriedigendes Resultat geliefert. In Fällen, wo dünner Eiter vorhanden ist, kann es zu einer ganz spontanen Heilung kommen. Wie lange soll man mit der Operation warten? Fürbringer glaubt durchschnittlich 3 Wochen; wenn bis dahin keine Resorption mehr erfolgt ist, wird auch keine mehr eintreten. Ausspülungen hält Fürbringer nur dann für angezeigt, wenn Fieber auftritt. Bei Tuberculose hat auch er häufig Phlegmonen nach der Punction auftreten gesehen.

Eisenlohr-Hamburg hebt folgenden Vortheil der Bülau'schen Methode hervor: Den bei der Operation vorkommenden üblen Zufällen wie Dyspnoe, Hustenanfälle etc. kann man leicht vorbeugen, dadurch, dass man den Schlauch mit dem Quetschhahn schliesst. Man kann dann nach einigen Stunden die Operation fortsetzen, ohne einen neuen Einstich machen zu müssen. Das zufällige Herausgleiten des Katheters lässt sich durch genaue Befestigung und durch Anlegung eines Verbandes verhüten. In späteren Tagen hat übrigens dieser Vorfall keine grosse Bedeutung, da die eingedrungene Luft wieder resorbirt wird. Die Verstopfung der Canüle kann man bei genügender Vorsicht vermeiden; durch Einfliessenlassen von wenig Borsäure kann man dem Eiter Abfluss verschaffen. Was die Fibrinflocken betrifft, so giebt es viele Empyeme, die keine enthalten; übrigens löst sich das Fibrin im Eiter auf. Eine Verjauchung hat Eisenlohr nie gesehen. Bei jauchigen Exsudaten ist vorneherein die Incision und Rippenresection zu machen.

Koranyi-Budapest theilt einige Fälle mit, welche beweisen, dass die Combination von Empyem mit Tuberculose keine Contraindication für die Incision und Rippenresection abgiebt. Fast alle diese Fälle, die auf seiner Klinik operirt worden sind, sind günstig verlaufen. Um der Gefahr der Chloroformnarkose zu entgehen, hat Koranyi in einem Falle von Empyem die Thoracotomie nach Cocaïninjection gemacht, ohne dass der Kranke erhebliche Schmerzen empfunden hätte.

Maydl-Wien bespricht diejenigen Empyme, die in Begleitung oder in Folge von Ecchinococcus der Pleura vorkommen. Die Resultate der Punction dieser Empyeme sind sehr ungünstige. Von 16 Fällen sind nur 5 in Heilung ausgegangen, die übrigen verliefen tödtlich. Hingegen beträgt die Mortalität bei der Radicaloperation 25 Proc. Es ist daher bei Verdacht auf Echinococcus die Radicaloperation zu empfehlen.

Winter-Wien stellt 4 Fälle von Empyem vor, die auf der Billroth'schen Klinik vor einigen Jahren mittelst Incision und Resection mit ausgezeichnetem Erfolge operirt wurden. Auf der Billroth'schen Klinik wurden 35 Fälle von Empyem, wovon 21 idiopathische und 14 secundäre, behandelt. Mit Ausschluss der Tuberculose und Lungengangrän wurde an 12 Fällen Incision und ausgedehnte Rippenresection vorgenommen. Davon wurden 9 dauernd geheilt. 1 Patient starb wenige Tage nach der Operation, 2 behielten Fisteln.

Billroth-Wien besitzt nur Erfahrungen über Fälle, wo die Lunge vollständig comprimirt und mit Schwarten bedeckt war. Solche Fälle werden freilich nicht mehr vorkommen, wenn frühzeitig operirt werden wird. Aber selbst in diesen allerschlimmsten Fällen kann man mit der Radicaloperation sehr günstige und dauernde Resultate erzielen. In den Fällen, wo die Lunge fest angemauert ist, kann sich Billroth die Heilung nur so vorstellen, wie sie Roser geschildert hat, dass nämlich von allen Seiten Verwachsungen entstehen, so lange bis die Thoraxwand ganz fest wird, so dass die Lunge mit der letzteren sich bewegen kann. Dass hier kein Granulationsgewebe in dem Sinne vorkommt, wie dies sonst bei Wunden der Fall ist, unterliegt keinem Zweifel, aber es entstehen entzündliche Neubildungen, die (wohl schwach) vascularisirt sind und durch welche nach und nach die Verwachsung zu Stande kommt. Die nach der Operation vorkommenden Todesfälle haben mit dieser als solchen nichts zu thun und hängen meist mit der Leistungsfähigkeit des Nervensystems zusammen.

Mosler-Greifswald ist der Ansicht, dass die Resultate der Radicaloperation um so bessere sind, je früher operirt wird. Da die eiterigen Exsudate häufig aus serösen durch Einwanderung von Eitermikrobien hervorgehen und letztere so häufig in den Respirationsorganen vorkommen, so würde sich in prophylactischer Hinsicht sehr empfehlen, die Eingangspforten für diese Mikroorganismen (Mund, Nase, Rachen etc.) gründlich zu desinficiren. Dies ist aber nach vielfachen genauen Untersuchungen nicht möglich. Es wäre daher sehr interessant, die im Empyemeiter vorkommenden Mikroorganismen mit den in den erwähnten Eingangspforten vorhandenen zu vergleichen.

Rydygier tritt als Chirurg für die Incision und Rippenresection ein. Für die Nachbehandlung empfiehlt Rydygier Ausspülungen mit Borsäure und Ausfüllung der Höhle mit Jodoformglycerin. Unter dieser Behandlung heilten selbst die Empyemfälle bei Tuberculösen; in keinem Falle blieb eine Fistel zurück.

Runeberg-Helsingfors hat von der primären subperiostalen Rippenresection sehr gute Resultate erzielt; er lässt jedoch jede Ausspülung weg, nachdem er sich in einer Reihe von Fällen überzeugt hatte, dass die Ausspülungen schlechtere Resultate liefern.

Weber-Halle hat die Beobachtung gemacht, dass nach der Rippenresection weniger Nachkrankheiten, namentlich Tuberculose, vorkommen, als nach der Heberdrainage. Letztere ist nur in Fällen angezeigt, wo die Operation wegen grosser Schwäche nicht gemacht werden darf; in solchen Fällen genügt aber auch ein einfaches Ausfliessenlassen des Empyeminhaltes. Man gewinnt dadurch Zeit, um die Rippenresection machen zu können.

Immermann stimmt der Ansicht zu, dass man die Empyeme nicht alt werden lassen soll. Was die Operationsmethoden betrifft, so stehen sich die beiden Methoden (Heberdrainage und Radicaloperation) so ziemlich gleich gegenüber und es sind nur Opportunitätsgründe, die uns zu der einen oder anderen Methode bestimmen. Die Radicaloperation hat allerdings das für sich, dass, wenn sie gelungen ist, die weitere Behandlung eine sehr einfache ist; sie hat aber den Nachtheil, dass sie Difformitäten nach sich zieht. Auch erfolgt nach derselben die Expansion der Lunge nicht so rasch. Dem gegenüber macht die Aspirationsdrainage keine Entstellung, erheischt aber eine genauere Nachbehandlung, wesshalb die Methode eher für die Spitals- als für die Privatpraxis geeignet ist.

Schede hält es für selbstverständlich, dass man sehr geschwächte Personen nicht operiren wird, doch möchte er davor warnen, das Chloroform durch Cocaïn zu ersetzen, da letzteres viel gefährlicher ist als Chloroform; eher würde sich der Aether zur Localanästhesie empfehlen. Plötzliche Todesfälle kommen ja bei viel einfacheren Operationen, wie Punctionen vor. Länger als drei Wochen möchte Schede mit der Operation nicht warten. Alte Empyeme sollen nicht vorkommen. Was die Tuberculose betrifft, so kann man dieselbe nicht ausschliessen, da wir doch die Hälfte unserer Operationen an Tuberculösen machen. Für die nächste Zeit werden die beiden Methoden mit einander concurriren, doch protestirt Schede dagegen, dass man, wie Curschmann vorschlägt, die leichten Fälle der Heberdrainage und die schweren der Radicaloperation überlässt. Wenn die Fälle gleichmässig vertheilt werden, werden auch die Resultate die gleichen sein. Doch glaubt Schede, dass man bessere Resultate erzielen könnte, wenn man von vorneherein die Radicaloperation vornehmen würde.

II. Tag, Mittwoch den 16. April 1890.[1])

Prof. Fürbringer-Berlin: Zur Klinik der Knochenentzündungen typhösen Ursprungs.

Der Vortragende weist darauf hin, dass der Inhalt seines Themas in der deutschen Literatur bislang keinen lehrbuchmässigen Ausdruck gefunden und selbst von den ausführlichen Bearbeitungen des Darmtyphus nur flüchtig und summarisch gestreift worden, trotzdem eine ganze Reihe, freilich fast ausschliesslich auswärtiger, insbesondere französischer Forscher die Complication in den letzten zwei Jahrzehnten ausführlich und gut beschrieben.

Im Jahre 1885 brachte Freund in einer ausführlich geschriebenen Dissertation einen trefflichen Literaturbericht und fünf eigene Fälle, denen im Vorjahr noch 17 von anderen Autoren beschriebene folgten, darunter 8 von Ebermaier, welcher als Erster den wichtigen Nachweis geliefert, dass die Krankheit ihre Entstehung den Typhusbacillen verdanke. Es handelt sich um längere und kürzere Frist währende, leichtere und schwere Formen von Periostitis und Osteomyelitis in eiteriger und nicht eiteriger Form. Dieselben befallen die verschiedensten Skelettabschnitte, obenan die Diaphysen der grossen Röhrenknochen bisweilen in ganz ähnlicher Weise wie die genuine multiple und recidivirende Osteomyelitis der protrahirteren und deshalb milderen Form.

Eine kritische Durchsicht der Literatur ergibt, dass keineswegs alle beschriebenen Fälle sich auf einen typhösen Ursprung zurückführen lassen, insoferne offenbar der »Knochentyphus«, d. i. die spontane infectiöse Osteomyelitis mehrfach als Darmtyphus imponirt hat, und in anderen Fällen die erstaunlich lange, mehrere Monate bis selbst Jahresfrist währende Zwischenzeit zwischen Grundkrankheit und der Knochenentzündung keinerlei Gewähr für den behaupteten Causalnexus bietet. Jedenfalls ist ein gut Theil zu streichen.

Fürbringer hat unter circa 1600 selbst beobachteten Typhusfällen die Complication nur 5 Mal gesehen und gibt einen

[1]) Die ursprüngliche Reihenfolge der Vorträge ist nicht genau eingehalten.

Bericht der betreffenden Krankengeschichten. Der bemerkenswertheste der Fälle betrifft seinen eigenen $7^1/_2$jährigen Sohn, bei welchem im Verlaufe von 4 Monaten 7 Attacken 10 Skelettabschnitte betheiligt haben, zugleich ein ganz eigenartiges, genau controlirtes und in Curve vorgeführtes schleichendes Zehrfieber zur Entwicklung gelangte. Trotz hochgradiger, durch Fieber und heftigste lancinirende, zumal Nachts exacerbirende Schmerzen bedingter Cachexie genas der Knabe vollständig, und zwar von dem Tage ab, an welchem eine intercurrirende Influenza kritisch endete — die einzige gute That, die Fürbringer von der miserablen Grippe gesehen hat. Es blieben keinerlei Spuren der periostalen Auftreibungen und osteomyelitischen Herde zurück.

Die übrigen 4, im Krankenhause Friedrichshain in der Abtheilung des Vortragenden behandelten Fälle betreffen 2 Kinder von 12 Jahren, einen 21jährigen Mann und eine 25jährige Frau. Letztere bot eine pyämische (ebenfalls demonstrirte) Curve unter Schüttelfrösten dar, trotzdem es nirgends zur Eiterung gekommen. Die Erkrankung der Rippen erweckte den Verdacht eines Leberabscesses. Auch hier Heilung der so gut wie aufgegebenen Kranken in einigen Monaten. Im dritten Falle zeigte sich namentlich der Trochanter und das Darmbein betroffen, weshalb die Einlieferungsdiagnose auf Coxitis gelautet. Genesung. Im vierten Falle betraf das Leiden den Schädel in ziemlich intensiver, aber flüchtiger Weise. Der fünfte Kranke starb, nachdem die Osteomyelitis bereits zurückgegangen, an Hämatopyopneumothorax in Folge Durchbruchs eines necrotischen Lungenherdes.

Der Vortragende gibt der Bezeichnung »Osteoperiostitis« den Vorzug, da eine Trennung von Periostitis und Osteomyelitis sich hier keineswegs aussprechen lasse, vielmehr bald die eine, bald die andere auftrete, selbst gleichzeitig beide Formen denselben Knochen befallen. Auch Fürbringer's Fälle sprechen dafür, dass, wie bereits Obermaier beansprucht, die Typhusbacillen aus dem Knochenmark in das Periost einwandern. Unzutreffend sei die Bezeichnung »Periostitis posttyphosa« und »Knochenentzündung in der Reconvalescenz«, da die Krankheit ebenso häufig sich in den Typhus selbst einschöbe, somit als Complication figurire, ja selbst als Initialsymptome in die Erscheinung trete.

Rücksichtlich der Symptomatologie hebt der Vortragende die ganz auffallende nächtliche Exacerbation der Schmerzen (welche den Dolores osteocopi bei Syphilis an die Seite zu setzen) und die Häufigkeit der ohne Eiterung einhergehenden Fälle hervor. Ein Theil der suppurativen Formen beruht wahrscheinlich auf Sepsis, scrophulöser Anlage, vorherigem Siechthum, vielleicht auch verkehrter Behandlung. Die Rückbildung der Knochenhautentzündung erfolgt in gleicher Weise wie bei der Syphilis, nur dass hier die Tophi nicht so spurlos wie beim Typhus zu schwinden pflegen.

Rücksichtlich der Diagnose wird speciell der praktisch wichtigen Differenzirung gegen die Knochentuberculose gedacht.

Die Behandlung anlangend, vertritt der Vortragende vor Allem den Standpunkt der »exspectativen«, beziehungsweise »conservirenden« Therapie (die man mit Unrecht als eine negative anspreche), so lange Eiterung nicht sicher erwiesen sei; erst dann trete die chirurgische Behandlung in ihr unbestrittenes Recht. Letztere sei trotz des Drängens Fürbringer's in seinen Collegen Hahn, mit dem Messer endlich Abhilfe zu schaffen, von diesem chirurgischen Experten abgelehnt worden, wie der Erfolg gezeigt, mit vollem Recht.

Der medicamentösen Behandlung mit Jod, Quecksilber, Chinin, Salicylsäure und Antipyrin vermag der Vortragende, trotz der warmen Empfehlung der anderen Autoren, das Wort nicht zu reden. Die Mittel nützen, wie er leider gesehen hat, gar nichts oder nur sehr wenig in palliativer Richtung, können aber durch Schwächung und Verminderung des Appetits verderblich wirken. Die werthvollste Abhilfe bei ungebührlichem Schmerz und Schlaflosigkeit gewährt stets das Morphium.

Wichtig ist die Ruhestellung des erkrankten Gliedes durch Extension, Polsterschienung, Armschwebe, von hoher, ja unter Umständen höchster Bedeutung die hygienische Behandlung, insbesondere eine sehr kräftige, leicht verdauliche Kost im Vereine mit vorsichtigen lauwarmen Vollbädern.

An der Discussion betheiligt sich Herr Mosler.

Wernicke: Ein Fall von Aphasie.

Ein 48jähriger Tischler wurde gebessert aus der Klinik entlassen, nachdem er 4 Jahre geisteskrank gewesen. Er behält einen Verlust der articulirten Sprache zurück, während er lesen, schreiben und sich auf diese Weise leicht verständigen kann. Welche Art der Aphasie liegt hier vor? Eine motorische Aphasie ist sicher, aber welche Art derselben? Die Aphasie kann nach Wernicke cortical, subcortical und transcortical sein. Cortical kann sie hier nicht sein, weil das Schreiben erhalten ist. Transcortical stimmt mit dem geläufigen Bilde nicht überein, denn der Patient kann spontan schreiben, was der transcortical Aphatische nicht kann; er kann andererseits nicht nachsprechen, was der transcorticale Aphatische wohl kann. Mit dem bekannten subcorbitalen Bilde der motorischen Aphasie scheint dagegen eine volle Uebereinstimmung zu bestehen. Dagegen erheben sich nun aber wichtige Bedenken. So ist das Schreiben und Lesen nicht absolut erhalten, sondern gewisse leichtere Störungen zurückgeblieben, welche mit der Paraphasie Aehnlichkeit haben und ferner hat Patient verlernt, lateinischen Druck zu lesen und lateinische Schrift zu schreiben. Ferner hat er noch gewisse Bewegungsdefecte ausser der Sprachlähmung: er kann nicht mehr pfeifen, nicht willkürlich durch den Mund expiriren, die Zunge willkürlich nicht bewegen, während er beim Kauen und Schlingen keine Bewegungsstörung zeigt; es liegen also keinesfalls Lähmungen im gewöhnlichen Sinne vor. Die Sprachstörung scheint eine ähnliche Bedeutung zu haben, wie die vorgenannten Symptome, und es erscheint künstlich, sie davon zu trennen. Unter diesen Umständen ist man darauf angewiesen, nochmals die transcorticalen Sprachstörungen in's Auge zu fassen, um so mehr, als das übliche Bild der transcorticalen Aphasie jedenfalls rein schematisch ist. Es muss nämlich berücksichtigt werden, dass es sich dabei nicht um eine Bahn, sondern um eine Unzahl von Bahnen handeln muss, die nur, wenn sie allesammt unterbrochen sind, das klinische Bild ergeben können, welches man von ihr kennt. (Man hat diese Bahnen bisher so dargestellt, dass sie sich zwischen dem motorischen Sprachcentrum m und einer sogenannten Begriffsregion B erstrecken). Für diese Möglichkeit spricht die Krankengeschichte des Mannes. Derselbe hatte ein mehrmonatliches Stadium des Stupors und der Regungslosigkeit überstanden, um dann lange Zeit das Symptom des Metacismus und dann später der Verbigeration und zwar mit einer Beschränkung des Wortschatzes auf 5 bis 6 Wörter, zu bieten. Mit Aufhören dieser Symptome und Eintritt der Reconvalescenz blieb die Sprachlähmung zurück. Es wird daraus wahrscheinlich, dass letztere aus einem inneren Zusammenhange mit den ersteren hervorgegangen ist. In der That kann man sich das Krankenexamen des Geisteskranken so vorstellen, dass durch die Frage des Arztes eine Vorstellung A erwirkt wird, die Ausgangsvorstellung, dass die Antwort des Kranken aus einer anderen Vorstellung Z hervorgeht, der Zielvorstellung, zwischen beiden der Denkprocess auf der Associationsbahn A Z abläuft. Die Antwort des Geisteskranken ist falsch, oder unzutreffend, oder verlangsamt u. dergl. mehr, weil eine Störung jener transcorticalen Leitungen vorliegt. So kann auch eine transcorticale motorische Aphasie aus einer Geisteskrankheit hervorgehen; sie beruht auf Unterbrechung der Gesammtsumme der Bahnen Zm. Unser Fall ist demnach ein Document für den inneren Zusammenhang zwischen Aphasie und Geisteskrankheiten.

Gans-Carlsbad: Ueber das Verhalten der Magenfunction bei Diabetes mellitus.

Mit Rücksicht auf das bisherige vollkommene Fehlen wissenschaftlicher Untersuchungen über die Magenfunction der Diabetiker hat Gans im verflossenen Winter eine längere Reihe von Mageninhaltsuntersuchungen an 10 Diabetikern im Laboratorium von Boas ausgeführt.

Der nach Ewald'schem Probefrühstück ausgeheberte Mageninhalt wurde unter jedesmaliger gleichzeitiger Vornahme einer

Harnanalyse auf Säurereaction, Gesammtacidität, Salzsäure, Gehalt an organischen Säuren, Milchsäure, Diacetessigsäure, Pepsin, Labferment etc. untersucht. Die hiebei gefundenen Resultate lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Die Magensaftsecretion der Diabetiker ist eine äusserst verschiedenartige: normales Verhalten, Hypersecretion, totaler HCl-Schwund wechseln mit einander bei verschiedenen Individuen ab. Aber auch bei einem und demselben Individuum kommen bedeutende Schwankungen in der Secretion der HCl vor.

2. Die motorische Suffienz des Magens war in allen von Gans untersuchten Fällen wohlerhalten.

3. Ein Abhängigkeitsverhältniss der Magenfunction von der Höhe der Zuckerprocente oder der Schwere und Dauer des Falles konnte Gans in keiner Weise nachweisen.

Die empirisch schon so oft betonte Nothwendigkeit einer strengen Individualisirung des Diabetesdiät ist durch diese Arbeit von Gans zum erstenmal experimentell wissenschaftlich bewiesen.

(Fortsetzung folgt.)

XIX. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Originalbericht von Dr. Hoffa, Privatdocent aus Würzburg.)
(Fortsetzung.)

II. Sitzungstag, Donnerstag 10. April 1890.

1) Herr Ponfick-Breslau: **Ueber Leberresection und Leberrecreation.**

Vortragender hat zur Prüfung der Frage, wie sich der Organismus zu einer plötzlichen Ausschaltung mehr weniger grosser Theile functionirenden Lebergewebes verhält, eine grössere Reihe diesbezüglicher Versuche an Kaninchen gemacht, deren Leber sich wegen ihrer Lappung besonders gut zu diesem Zwecke eignet. Je nachdem er ein geringeres oder grösseres Stück der Leber mittelst Catgutfäden abband, fand er folgendes: Entfernung von etwa $^1/_4$ der Leber wird leicht ertragen; Entfernung der Hälfte des Organes ruft in den ersten Tagen Collapserscheinungen hervor, doch tritt nach kurzer Zeit vollständige Erholung ein, Appetit und Verdauung heben sich und die Kaninchen bleiben am Leben. Auch die Entfernung von $^3/_4$ der Leber ertrugen viele Versuchsthiere nach anfänglichen schweren Symptomen; mehr als $^3/_4$ der Leber aber wegzunehmen mit Erhaltung des Lebens gelang nicht.

Aeusserst interessant sind nun die Nebenbefunde, die Ponfick bei diesen Leberresectionsversuchen erhielt. Er constatirte nämlich eine ganz ausserordentlich grosse Recreationsfähigkeit des Lebergewebes. So fand er z. B. 5 Tage nach Wegnahme von $^3/_4$ der Leber dies Organ schon wieder auf 80 Proc. seines ursprünglichen Gewichtes recreirt. Ja die Leber konnte nach der Resection sogar grösser werden, als sie zuvor war.

Die Folge dieser raschen Leberrecreation war, dass Ponfick keine Gelegenheit fand, die Ausschaltung der Leber bezüglich des Kreislaufes und der Secretion zu verfolgen.

2) Herr Wagner-Königshütte: **Demonstration eines Präparates von partiell exstirpirter gelappter Leber.**

Wagner exstirpirte im October 1889 bei einer 43jährigen sehr heruntergekommenen Frau einen luetischen Lebertumor, der sich mit schmalem Stiele an den Rest der geschrumpften Leber ansetzte. Der Fall endete 24 Stunden nach der Operation tödtlich in Folge von Nachblutung aus dem in die Bauchhöhle versenkten Stiel. Wagner befürwortet daher für ähnliche Fälle eine extraperitoneale Stielbehandlung.

3) Herr Tillmanns-Leipzig: a) **Ueber ausgedehnte Resection der Thoraxwandung mit dauernder Blosslegung der Pleura,** mit Vorstellung eines Kranken.

Der Patient, den Tillmanns im Jahre 1888 operirte, war schon $2^1/_2$ Jahre lang wegen Empyems behandelt worden, doch war auch eine Rippenresection erfolglos gewesen. Tillmanns entfernte daher die ganze vordere, von zahllosen Fisteln durchsetzte Thoraxwand, kratzte die tuberculös erkrankte Pleura aus und deckte dann den grossen Defect mit Thiersch'schen Transplantationen. Die Heilung erfolgte vollständig. Gegenwärtig besteht in der Herzgegend eine etwa faustgrosse mit Epithel ausgekleidete Höhle, in der man das Herz deutlich pulsiren sieht. Die Lunge ist vollständig geschrumpft und glaubt Tillmanns das beschriebene Verfahren empfehlen zu können, d. h. bei eventuell nöthig werdender Lungenexstirpation die Lunge erst zu veröden und dann wegnehmen.

b) **Ueber Electropunctur bei Aortenaneurysmen,** mit Vorstellung eines Kranken.

Vortragender hält die Electropunctur für ein sehr werthvolles Mittel in der Behandlung der Aneurysmen, mittelst dessen sich zwar selten definitive Heilung, aber doch meist weitgehende Besserungen erzielen lassen. In dem vorgestellten Falle handelt es sich um einen grossen, von dünner Hautdecke bedeckten, pulsirenden Tumor der Aorta ascendens, den Tillmanns in 13 Sitzungen zum fast völligen Verschwinden brachte. Die Sitzungen fanden in 3—8tägigen Pausen statt und dauerten 5 bis 10 Minuten. Zur Verwendung kommt lediglich die Anode des constanten Stromes bei 10—20 Elementen. Als Electrode diente eine feine Nadel, die unter antiseptischen Cautelen etwa 5 cm tief in den Tumor eingestochen wurde. Mit Hilfe eines Reostaten lässt man den Strom an- und abschwellen. Nach der Sitzung kommt eine Eisblase auf den Ort des Einstiches.

Der vorgestellte Patient ist nun schon etwa 1 Jahr lang völlig recidivfrei geblieben.

4) Herr Hoffa-Würzburg: **Ueber die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation** mit Vorstellung zweier durch die Operation geheilter Kinder.

Da die orthopädische Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxationen wenig Erfolge hat, sind bereits vielfache Versuche unternommen worden, diese Erkrankung operativ zu heilen. Bisher haben diese Versuche jedoch keine Erfolge gehabt, da sie nicht genügend die bezüglichen pathologisch-anatomischen Verhältnisse berücksichtigten. Das Hauptgewicht ist nach Hoffa bei einer eventuellen Operation auf die nutritive Verkürzung der die Hüfte umgebenden Muskeln und den etwaigen Defect der Pfanne zu legen. Erstere lässt sich operativ leicht beseitigen durch eine subperiostale Ablösung aller Weichtheile ringsherum vom Trochanter. Durch diese gelingt es sofort den auf das Darmbein hinauf dislocirten Schenkelkopf in das Niveau der Hüftgelenkspfanne herunterzuziehen.

Ist diese letztere vorhanden, was bei 5 von Hoffa operirten Kindern der Fall war, so braucht man nur das die Pfanne deckende Bindegewebe abzulösen, um die Reposition des luxirten Schenkelkopfes wie bei einer traumatischen Luxation vorzunehmen.

Ist die Pfanne nur angedeutet, so wird zunächst ein Periostlappen von der Pfannengegend abgelöst und in die Höhe geklappt, dann die Pfanne in der nöthigen Grösse ausgemeisselt, dann reponirt und nun der in die Höhe geklappte Periostlappen heruntergeschlagen und unter dem Trochanter mit den Weichtheilen vernäht.

Die Operation lässt sich leicht ausführen, ist ungefährlich und erzielt, wie dies an den vorgestellten, wegen doppelseitiger Verrenkung in einer Sitzung beiderseits operirten Kindern gezeigt wird, vollständig bewegliche Gelenke, während die Schenkelköpfe unverschieblich und das Hinken und die Lordose der Lendenwirbelsäule völlig verschwunden sind.

Die näheren Details werden in einer in dieser Wochenschrift erscheinenden Arbeit niedergelegt werden.

In der Discussion erwähnen König-Göttingen, Riedel-Jena, Heussner-Barmen einschlägige Operationsversuche, während Israel-Berlin ein Kind zeigt, bei dem er den Schenkelkopf mittelst einer Nadel an die Pfanne angeheftet hatte. Das functionelle Resultat liess jedoch zu wünschen übrig.

5) Herr Trendelenburg demonstrirt einen neuen von Eschbaum in Bonn angefertigten drehbaren **Operationstisch** für Operationen in Beckenhochlage bei Sectio alta, Vaginaloperationen etc.

6) Herr Thiersch-Leipzig demonstrirt mit Alkohol gehärtete **Präparate von Blasen,** die von Patienten mit Prostata-

hypertrophie, Stricturen, Geschwülsten stammen. Die Blasen werden nach dem Tod mittelst Katheter mit Alkohol gefüllt, der Katheter abgebunden und das Ganze wieder in Alkohol gelegt. So werden die Präparate völlig fest und äusserst anschaulich. Bei schweren Fällen von Cystitis, in denen von der Urethra aus die Desinfection der Blase nicht mehr möglich ist, empfiehlt Thiersch die Sectio alta. Weiterhin zeigt derselbe noch eine Reihe von grossen, spindelförmigen, schön modellirten Gerinnseln, welche er bei einem $2^1/_2$jährigen Kind mittelst Medianschnittes aus der stark entzündeten Blase entleert hatte.

7) Herr **Karg**-Leipzig demonstrirt 2 Kranke aus der Leipziger chirurgischen Klinik mit schweren **neuropathischen Knochenzerstörungen,** die auf Syringomyelie beruhen, nachdem Hr. Thiersch-Leipzig ein seltenes Präparat einer tabischen Gelenkentzündung vorgelegt hatte.

8) Herr **Angerer**-München: **Endresultate der Kniegelenksarthrectomien bei Kindern unter 14 Jahren.**

Die Erfahrungen, die Angerer mit der Arthrectomie des Kniegelenkes gemacht hat, sind im Ganzen günstige. Von 63 von ihm operirten Fällen bekamen nur 10 ein Recidiv. Er empfiehlt möglichst frühzeitige Operation, um einen schädigenden Einfluss etwaiger Knochenherde auf das von den Epiphysenlinien ausgehende Längenwachsthum der Knochen möglichst frühzeitig auszuschalten und plaidirt ferner für die Herstellung beweglicher Gelenke, dadurch, dass man schon in der dritten bis vierten Woche nach der Operation mit Massage und passiven Bewegungen beginnt.

In der Discussion rühmen Krause-Halle und Trendelenburg-Bonn unter Krankenvorstellung nochmals die Erfolge der Jodoforminjectionstherapie, während König-Göttingen vor allzugrossem Enthusiasmus gegenüber dem Jodoform warnt, indem dieses meist nur die acute Tuberculose latent mache.

In der Nachmittagssitzung spricht zunächst

Herr **Madelung**-Rostock: **Ueber die operative Behandlung der Nierentuberculose.**

Zunächst handelt es sich in den betreffenden Fällen um genaue Feststellung der Diagnose. Madelung bespricht diese in eingehendster Weise namentlich im Hinblick auf den Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin, auf die Resultate der Endoscopie, auf die Localisation der Schmerzen, auf die locale Abtastung der Blase, wobei er auf die nach Dilatation der weiblichen Harnröhre öfter zurückbleibende Incontinenz hinweist und erläutert dann die vorzunehmenden operativen Eingriffe, indem er vor der Nephrotomie warnt und nur die Exstirpation der Niere für zulässig erklärt. Im Ganzen existiren jetzt etwa 60 derartige Exstirpationen in der Literatur seit 1872, namentlich von englischen und amerikanischen Aerzten ausgeführt. 11 von diesen starben unmittelbar im Anschluss an die Operation. Im Allgemeinen war die Besserung gering, nur die Fälle von Luchs, Küster, König und Bardenheuer blieben noch 1 Jahr nach der Operation gesund. Madelung selbst hat dann 3 Fälle glücklich operirt.

Herr **Graser**-Erlangen: **Ueber Wurmfortsatzperitonitis und deren operative Behandlung.**

Unter Hinweis auf eine demnächst von Dr. Krecke über den gleichen Gegenstand erscheinende Arbeit berichtet Graser über eine Reihe von Erkrankungen des Proc. vermiformis, welche in der chirurgischen Klinik des Prof. Heineke in Erlangen zur Beobachtung kamen. Der Vortragende weist darauf hin, dass die Anschauung über die entzündlichen Erkrankungen in der Fossa iliaca dextra in neuerer Zeit manche Wandlungen erfahren haben, welche wesentlich auf den bei den Operationen gewonnenen Erfahrungen basiren. Die früher als Typhlitis, Perityphlitis, Paratyphlitis bezeichneten Krankheiten nehmen zum grössten Theil ihren Ausgang vom Wurmfortsatz, der durch Fremdkörper oder Kothsteine in ulceröse Entzündung versetzt und endlich perforirt wird. Fast alle diese Entzündungen sind mit Eiterungen verbunden und diese Eiterung hat ihren Sitz intraperitoneal, da der Wurmfortsatz ringsum von Bauchfell umgeben ist.

Die Gefahren dieser Erkrankung sind namentlich für jugendliche Individuen sehr gross, die Mortalität wird von Matterstock für Erwachsene auf 30 Proc., für Kinder bis zu 15 Jahren auf 70 Proc. berechnet. Voe 12 Kindern unter 6 Jahren starben 11. Fast absolut tödtlich war früher der Durchbruch in die freie Bauchhöhle. In neuerer Zeit haben uns Miculicz und Krönlein gelehrt, solche Fälle durch Laparotomie zur Heilung zu bringen.

Auch in der Erlanger Klinik wurden im vergangenen Jahre 3 Kinder durch Laparotomie mit Entfernung des perforirten Wurmfortsatzes gerettet. Eines von diesen Kindern hatte schon eine diffuse, septische Peritonitis, die zwei anderen circumscripte, progressive, eitrige Peritonitiden. Die Operation muss möglichst frühzeitig vorgenommen werden.

Hat vor dem Durchbruch des Wurmfortsatzes bereits eine Verlöthung der Darmschlingen stattgefunden, so ist die Lebensgefahr nicht gross; die Erkrankung ist dann aber gefährlich wegen ihrer oft sehr langen Dauer, des jederzeit möglichen Eintrittes schwerer Complicationen und der häufigen Recidive (11 Proc.). Auch für diese Fälle räth Graser zur baldigen Operation, wenn nach dem Nachlassen der ersten Symptome abendliche Temperatursteigerungen, Fortdauer des Druckschmerzes und vermehrte Resistenz zurückbleiben. Die Operation wird dann in der Regel den Eiterherd nachweisen und entfernen.

Herr **Herzog**-München: **Ueber die feineren Vorgänge bei der Bildung des Nabelringes.**

Der Vortragende erläutert in übersichtlicher Weise an Zeichnungen die histologischen Vorgänge bei der Bildung des Nabelringes. Dieselben lassen sich im kurzen Referate nicht wiedergeben.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Dr. Gottlieb Merkel.

(Schluss.)

4) Herr Dr. **Friedrich Merkel** berichtet über eine **Laparomyomotomie** mit extraperitonealer Stielversorgung, die er am 5. II. in der Privatklinik seines Vaters vorgenommen hatte und demonstrirt im Anschluss daran das dabei erhaltene Präparat.

Der Fall war kurz folgender: Frau B., 44 Jahre alt, welche 1882 einmal normal geboren hatte, ist eine kleine, zart gebaute Frau, die durch ihr Leiden überdies noch sehr reducirt erscheint. Sie kam im April 1886 in die Sprechstunde des Herrn Dr. Wilhelm Merkel. Derselbe diagnosticirte damals: Uterus nach hinten und rechts gelagert, an der vorderen linken Wand des Uterus ein faustgrosses Myom, zwei weitere kleinere circa haselnussgrosse auf beiden Seiten aufsitzend. Der Tumor ist nur mit dem Uterus verschiebbar. Die Sonde geht 3 cm tiefer als normal ein, Ovarien damals wie überhaupt nie zu tasten. Periode stets etwas stärker und länger anhaltend als früher. — Im Laufe des Jahres 1887 bis 1888 wuchs der Tumor langsam an und entwickelte sich bei sehr dünnen Bauchdecken, wie in einem Hängebauch liegend, mehr nach vorn und links. Der Umfang des Leibes, der bei der ersten Untersuchung 89 cm betrug, hatte auf 97 cm im Jahre 1889 zugenommen. — Herr Dr. W. Merkel versuchte alsdann die elektrogalvanische Behandlung nach Apostoli, in diesem Falle leider ohne Erfolg. (Ueber diese Behandlungsmethode wird später auf Grund einer grösseren Anzahl von Fällen eine eingehendere Mittheilung erfolgen.)

Am 3. II. 90 trat nun Patientin in die Privatklinik des Herrn Dr. Wilhelm Merkel ein, da eine an demselben Tage vorgenommene Untersuchung wegen des rapiden Wachsthums in letzter Zeit eine Operation dringend indicirt erscheinen liess. Diese Untersuchung ergab: Herz und Lunge normal (Patientin hatte aber schon wiederholt an Irregularität der Herzaction gelitten). Leib halbkugelig vorgewölbt, Tumor der Grösse eines Uterus im 10. Schwangerschaftsmonat entsprechend, nach

rechts und links leicht unter den Bauchdecken verschieblich, ein deutliches Fluctuationsgefühl zeigend. Nach unten sich rasch verschmälernd setzte er sich in's kleine Becken hinein fort. Die combinirte Untersuchung ergab: Portio hochstehend, etwas nach rechts und hinten verzogen. Ein länglicher Körper, dem Uterus corpus entsprechend sich daran anschliessend. Die Sonde dringt 9 cm tief ein. Nach rechts und links verschiebt sich das Corpus uteri sammt dem Tumor, nicht aber nach oben und unten.

Dieser Befund war insofern sehr interessant und von dem früheren abweichend, dass jetzt starkes Fluctuationsgefühl und eine anscheinende Verschieblichkeit des Tumors gegen den Uterus vorhanden war; hiedurch wäre bei einer nur erst- und einmaligen Untersuchung die Vermuthung sehr nahe gelegen, dass es sich um einen linksseitigen Ovarientumor mit breitem Stiele handle. Aber gerade auf Grund der früheren Untersuchungsresultate wurde mit Bestimmtheit angenommen, dass es sich nur um das schon früher diagnosticirte, jetzt enorm gewachsene, cystisch entartete Uterusfibroid handeln könne.

Die am 4. II. Morgens von mir vorgenommene Operation bestätigte die Diagnose: Fibromyoma cysticum. — Die Bauchdecken wurden gespalten, einige flächenhafte Adhäsionen stumpf gelöst, der Tumor hervorgewälzt; zur besseren Beweglichmachung die linken Uterusanhänge unterbunden und abgetrennt, der Schlauch umgelegt, darauf die Geschwulst abgetragen, wobei die Cyste eröffnet wurde und sich ihres klar serösen Inhaltes entleerte. Daran schloss sich das Einnähen des Stumpfes in den unteren Wundwinkel; Schluss der Bauchwunde; Kürzung des Stumpfes, Verschorfung desselben mit dem Glüheisen; Verband.

Der Patientin geht es heute, den Umständen entsprechend zufriedenstellend.

Das Präparat besteht aus mehreren Myomen, deren grösstes im Innern eine ursprünglich mannskopfgrosse, jetzt geschrumpfte Höhle mit einigen Septis aufweist; auf der rechten Seite befinden sich noch die gleichfalls mit abgetrennten Uterusanhänge, die linksseitigen sind für sich abgetragen. An der Abtragungsfläche ist rechts hinten auch die Höhle (Fundus) des abgetragenen Uteruskörpers sichtbar.

5) Herr Dr. **Göschel** zeigt ein **Ovarialkystom** von ungewöhnlicher Grösse und von 10 Kilo Schwere, welches von ihm an demselben Tag operirt worden war. Die Geschwulst stammt von einer 29jährigen Frau, die nie geboren hat und die Entwicklung der Geschwulst seit 10 Jahren bemerkt. Die Diagnose eines Ovarientumor war gesichert gewesen hauptsächlich durch die Möglichkeit, den im Becken quer liegenden Uterus vollständig von der Scheide aus abzutasten und durch den Nachweis eines Zusammenhangs mit den Beckenorganen. Die Operation konnte nur durch einen sehr grossen Bauchschnitt bewerkstelligt werden, da sich der Tumor durch Punction nur unbedeutend verkleinern liess. Die Entwicklung gelang dann leicht, weil keine Verwachsungen vorhanden waren. Der Stil bestund aus dem etwas in die Länge und Breite gezogenen Ligament. ovarii. Der Durchschnitt des Tumors ergiebt, dass derselbe aus einer grossen Menge kleiner und grösserer Cysten und sehr derbem fibrösen Zwischengewebe besteht, welches stellenweise zur Dicke von 4—5 cm sich entwickelt. Die Patientin überstand die Operation gut.

6) Fortsetzung der Discussion über **Influenza,** betreffend Zeit der Entstehung der Epidemie, die Verbreitung der Krankheit, die einzelnen Krankheitsformen, Heftigkeit und Dauer der Epidemie, sowie die Verschiedenartigkeit des Auftretens in den einzelnen Gegenden und bei den verschiedenen Berufsclassen.

X. Internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

Abtheilung für Pharmakologie.

Die Pharmakologische Section des X. internationalen medicinischen Congresses wird auch Themata von allgemeinem Interesse zur Besprechung bringen. Es sind vorgesehen:

1) Anästhesirungsfragen, eingeleitet von Prof. Lauder Brunton in London;

2) Pharmakopoefragen, eingeleitet von Dr. Langgaard.

Ferner sind Vorträge angemeldet von Binz, Böhm, Brackelt, Liebreich.

Als Festgabe wird den Mitgliedern der Section dargeboten werden eine von dem Vorstande der Section herausgegebene Titelübersicht der in den letzten 25 Jahren in deutscher Sprache erschienenen pharmakologischen Arbeiten. Die Unterzeichneten bitten alle Fachgenossen, die Verzeichnisse ihrer Arbeiten an einen von ihnen bis spätestens den 1. Juni senden zu wollen.

Binz-Bonn, Böhm-Leipzig, Liebreich-Berlin.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 22. April. Der IX. Congress für innere Medicin, der in der verflossenen Woche in Wien tagte, ist programmmässig verlaufen; da das wissenschaftliche Programm ein sehr reiches war und die berufensten Kräfte an der Erledigung desselben mitarbeiteten, so war auch die wissenschaftliche Ausbeute des Congresses dementsprechend eine sehr ergiebige und derselbe schliesst sich in dieser Beziehung seinen Vorgängern würdig an. Noch in einer anderen Richtung war der jüngste Congress von besonderem Interesse, insoferne man den bisherigen stillen Versammlungsort mit einem grossen medicinischen Centrum vertauscht hatte und hier die Frage sich entscheiden musste, ob dieses Verlassen der bisherigen Tradition dem Congress zu Vortheil oder Schaden gereichen werde. Nach der Meinung vieler Besucner des Congresses hat sich in dieser Hinsicht gezeigt, dass sowohl die Erwartungen Derer, die den Congress für immer in grosse Universitätsstädte verlegt sehen möchten, nicht minder aber auch die Besorgnisse Anderer, die vor dem Abgehen von der alten, bewährten Einrichtung warnten, sich bestätigten. Die Besucher des Congresses haben zweifellos vielfache Anregung in Wien empfangen und die vom Congress ausgehende Anregung ist weiteren ärztlichen Kreisen zu gute gekommen, als dies von Wiesbaden aus möglich gewesen wäre; dagegen war die Gelegenheit zu intimerem freundschaftlichem Verkehr zwischen den Mitgliedern, in dem Viele einen Hauptzweck und einen Hauptreiz derartiger Congresse erblicken, bei weitem nicht in dem Maasse, wie in dem früheren Versammlungsort, gegeben. Es war daher ein durchaus logischer und, wie wir glauben, glücklicher Compromiss, dass, entsprechend einem vom Geschäftsausschuss eingebrachten und von Geheimrath v. Ziemssen begründeten Antrag, beschlossen wurde, den Congress alle 2 Jahre in Wiesbaden, in den dazwischen liegenden Jahren aber abwechselnd in Berlin, Leipzig, München und Wien abzuhalten.

Der Congress war, laut Präsenzliste, von 381 Mitgliedern und Theilnehmern besucht (im Vorjahre 282), darunter 279, also fast drei Viertel, aus Oesterreich-Ungarn. Die österreichischen Collegen haben durch diese zahlreiche Betheiligung am Congress einen rühmlichen Beweis ihres wissenschaftlichen Interesses gegeben, wogegen die aus obigen Zahlen hervorgehende geringe Betheiligung aus dem deutschen Reiche lebhaft zu bedauern ist.

— Am 20. ds. vereinigten sich eine grosse Anzahl von Mitgliedern des ärztlichen Vereins und der Gesellschaft für Morphologie in München zu einer Abschiedsfeier für den einer Berufung nach Jena folgenden Professor Dr. Stintzing. Die allgemeine Hochachtung und Verehrung, die der Gefeierte sich während seiner 10jährigen Wirksamkeit in München erworben, fand bei dieser Gelegenheit warmen Ausdruck. Die Gefühle des Schmerzes über den Verlust, den der Lehrkörper der Facultät und viele Freunde durch Stintzing's Weggang erfahren, überwog bei den Meisten die Freude und die Genugthuung über die dem verdienstvollen Forscher durch die Berufung gewordene Ehre und Anerkennung. Von Herzen schliessen wir uns den dem Scheidenden ausgesprochenen Glückwünschen und vor Allem auch der Bitte an, er möge auch in der Ferne seinen Münchener Freunden — und unsere Wochenschrift rechnet ihn mit Stolz und Dankbarkeit zu ihren besten Freunden — ein treues Andenken und gute Freundschaft bewahren.

— Se. Königliche Hoheit der Prinz-Regent haben der Pfarrersfrau Marie Alt in Eismannsberg, Bezirks-Amts Neumarkt in der Oberpfalz in Allerhuldvollster Anerkennung der von ihr während der schweren Typhusepidemie des Vorjahres geleisteten Dienste die silberne Medaille des Civilverdienst-Ordens zu verleihen geruht. Diese Nachricht wird nicht verfehlen, überall da die Empfindung der Freude hervorzurufen, wo man Gelegenheit hatte, das Wirken der edlen Frau in jener schweren Zeit und unter so misslichen Umständen zu beobachten.

— Auf eine Eingabe des deutschen Aerztevereinsbundes, betr. die Vernehmung der Aerzte als Sachverständige, ist folgender Bescheid des preussischen Justizministers ergangen: »Auf das im Auftrage des Geschäftsausschusses des deutschen Aerztevereinsbundes eingereichte Gesuch vom 20. v. Mts. erwidere ich Ew. Hochwohlgeboren, dass in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten nach § 369 der Civilprocessordnung die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen dem Processgericht zusteht, und die Processrichter in dieser Beziehung nur durch die in den Absätzen 2 und 4 der citirten Paragraphen enthaltenen Vorschriften beschränkt, im übrigen aber nach § 1 des Gerichtsverfassungsgesetzes unabhängig sind und daher durch Weisungen oder Empfehlungen der Justizverwaltung nicht beeinflusst werden können. Hiernach muss ich es ablehnen, eine dem Antrage entsprechende Verfügung an die Gerichte zu erlassen«. Der Justizminister. In dessen Vertretung: Nebe-Pflugstädt.

— Im Verfolg der vom preussischen Cultusminister bei der zweiten Lesung des Cultusetats im Abgeordnetenhause abgegebenen Erklärung, dass er beabsichtige, eine Enquête zur Berathung der verschiedenen Fragen des höheren Unterrichtswesens zu berufen, sollen hierzu 40 Personen, und zwar Schulmänner, wie Volksvertreter und Aerzte im Laufe dieses Jahres zu einer Commission ad hoc zusammenberufen werden.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 14. Jahreswoche, vom 30. März bis 5. April 1890, die geringste Sterblichkeit Wiesbaden mit 14,7, die grösste Sterblichkeit Augsburg mit 39,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Oesterreich hat den ersten weiblichen Arzt erhalten, nachdem der Kaiser der in Salzburg ansässigen Frau Doctor Rosa Kerschbaumer, einer geborenen Russin, die Ausübung der Praxis als Augenarzt gestattet hat.

— Sir William Jenner, der berühmte englische Kliniker, hat seine Praxis in London endgiltig aufgegeben und sich auf seine Besitzung nach Southampton zurückgezogen, wo er seine medicinischen Schriften zu einer Gesammtausgabe zusammenstellen will.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Geh. Rath Georg Lewin, Professor der Syphilidologie, feierte am 19. ds. seinen 70. Geburtstag. — Breslau. An der hiesigen medicinischen Facultät steht die Errichtung einer neuen ausserordentlichen Professur der medicinischen Poliklinik bevor, für welche die Berufung des Professors Friedrich Müller in Bonn in Aussicht genommen ist.

(Todesfall.) Aus London geht uns die betrübende Mittheilung zu von dem am 9. ds. daselbst erfolgten Tode eines begabten jungen deutschen Arztes, Dr. Otto Keller. Derselbe, ein geborener Schweizer, hatte mehrere Jahre hindurch am deutschen Hospital in London als Hausarzt gewirkt und sich dann in London niedergelassen, wo er bald eine gute Praxis sich erwarb, ausserdem aber auch wissenschaftlich weiter arbeitete; noch vor wenigen Wochen publicirte er in Brit. med. Journ. einen von ihm diagnosticirten, sehr interessanten Fall von Actinomykose des Gehirns. Auch unsere Wochenschrift verliert in ihm einen geschätzten Mitarbeiter. Trotz seiner befriedigenden Erfolge bemächtigte sich Keller's seit Beginn des letzten Winters ein Zustand von Melancholie, unter dessen Druck er seinem Leben durch Morphium ein vorzeitiges Ende setzte. Keller war 31 Jahre alt.

Correspondenz.

Herr Privatdocent Dr. Prausnitz ersucht uns um Aufnahme der nachstehenden Erklärung:

»In Nr. 14 und 15 der Münchener Medic. Wochenschrift befindet sich eine Publication von Herrn Prof. H. Ranke: »Zur Einführung des Schwemmsystems in München. Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu München am 29. III. 1890«. In dieser Form hat und musste der Aufsatz von Herrn Prof. Ranke zu Missdeutungen Anlass geben, wesshalb ich im Interesse der Sache Folgendes mitzutheilen mich für verpflichtet halte.

Erstens hat in fraglicher Sitzung nicht Herr Professor Ranke, sondern ich einen Vortrag über die Einführung der Schwemmcanalisation in München gehalten. Herr Prof. Ranke hat sich nur, wie eine grössere Zahl anderer Herren, an der Discussion betheiligt.

Zweitens ist das, was Herr Prof. Ranke als »Vortrag gehalten im ärztlichen Verein« publicirt, nicht identisch mit dem, was derselbe in jener Sitzung ausgeführt hat, wie dies aus einem Vergleich des stenographisch aufgenommenen Sitzungsprotocolls mit der gedruckten Mittheilung deutlich hervorgeht.

Drittens sind die in jener Arbeit gegen mich erhobenen Angriffe schon in jener Sitzung gebührend zurückgewiesen worden und behalte ich mir vor, an anderer Stelle nochmals eingehend die von Herrn Prof. Ranke aufgestellten Behauptungen zu erörtern.«

Wie die Leser der fraglichen Publication ersehen haben werden, handelt es sich bei derselben um eine eingehende Darlegung des besonderen Standpunktes des Herrn Prof. Ranke in der Schwemmcanalisationsfrage, die weit über den Rahmen einer Bemerkung zur Discussion hinausgeht (sie füllt 5 Druckseiten unseres Blattes); die Berechtigung, diese Ausführungen als selbständigen »Vortrag« zu publiciren, kann wohl nicht bestritten werden, zumal Herr Dr. Prausnitz auf die Veröffentlichung seines Vortrages, im Hinblick auf das vor Kurzem (Nr. 11 der Wochenschr.) erschienene Referat seiner grösseren Arbeit, verzichtet hatte. Dass wir die Entgegnungen des Herrn Dr. Prausnitz und anderer Redner auf die Ausführungen Prof. Ranke's ebenfalls bringen werden, sobald uns das officielle Protocoll jener Discussion zur Verfügung stehen wird, ist selbstverständlich. Red.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernannt. Zum bezirksärztlichen Stellvertreter beim k. Amtsgerichte Nordhalben der approbirte Arzt Dr. Karl Hellmerich in Stadtlauringen.

Niederlassung. Dr. Adolph Schneider hat sich in Parsberg als praktischer Arzt niedergelassen.

Gestorben. Dr. Stolle zu Gochsheim (Schweinfurt).

Erledigt. Die Stelle eines bezirksärztlichen Stellvertreters am k. Amtsgerichte Nordhalben (durch Verzicht des für dieselbe ernannten Dr. K. Hellmerich in Stadtlauringen).

Befördert. Zu Assistenzärzten II. Cl. der Reserve die Unterärzte Dr. Leonhard Sturm (Aschaffenburg), Albert Hentschel und Dr. Hermann Witte (Würzburg).

Abschied bewilligt. Dem Assistenzarzt I. Cl. Dr. Eugen Wezel (Dillingen).

Versetzt. Der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Hanf des 12. Inf.-Reg. auf Nachsuchen zu den Sanitätsofficieren der Reserve versetzt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 15. Jahreswoche vom 6. bis 12. April 1890.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 20 (22*), Diphtherie, Croup 60 (63), Erysipelas 11 (19), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (3), Kindbettfieber — (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 81 (102), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 4 (6), Parotitis epidemica 6 (1), Pneumonia crouposa 17 (27), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 41 (31), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 12 (24), Tussis convulsiva 17 (35), Typhus abdominalis 3 (3), Varicellen 6 (16), Variola, Variolois — (—). Summa 281 (353). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 12. Jahreswoche vom 16. bis incl. 22. März 1890.

Bevölkerungszahl 298,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 2 (8), Scharlach 1 (1), Rothlauf — (1), Diphtherie und Croup 5 (8), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus — (3), Brechdurchfall 2 (2), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (4), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten — (3).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 175 (188), der Tagesdurchschnitt 25.0 (26.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30.5 (32.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 20.2 (21.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 17.5 (17.3).

Während der 13. Jahreswoche vom 23. bis incl. 29. März 1890.

Bevölkerungszahl 298,000.

Todesursachen: Pocken —, Masern 2, Scharlach 1, Rothlauf —, Diphtherie und Croup 4, Keuchhusten —, Unterleibstyphus —, Brechdurchfall 1, Kindbettfieber —, Croupöse Lungenentzündung —, Genickkrampf —, Blutvergiftung —, Acut. Gelenkrheumatismus —, andere übertragbare Krankheiten 2.

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 164, der Tagesdurchschnitt 23.4, Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 28.6, für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 18.1, für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15.2.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Moure, Annales de la Polyclinique de Bordeaux. T. 1, fasc. 3.
Baer, Die Trunksucht und ihre Abwehr. Ein Beitrag zum derzeitigen Stand der Alkoholfrage. Wien und Leipzig 1880.
Bernatzik u. Vogl, Lehrbuch der Arzneimittellehre. II. verm. Aufl. 1. Hlfte. Wien und Leipzig 1890.
Kleinwächter, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. II. gänzl. umgearbeitete Aufl. Wien u. Leipzig 1890.
Fränkel, Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates. I. Band: Diagnostik und allg. Symptomatologie der Lungenkrankheiten. Wien u. Leipzig 1890.
Seeger, Pathologie und Therapie der Rückgratsverkrümmungen. Wien u. Leipzig 1890.
Eichhorst, Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. II. Bd. IV. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien u. Leipzig, 1890.
Glasgow, A septic and unusual form of lung disease. S.-A. Am. Journ. of med. Sc. 1890.
Wood & Hare, The cause of death from chloroform. S.-A. Med. News. Febr. 1890.
Cramer, Faserschwund im Grosshirn. — Faserschwund nach Insolation. S.-A. C. f. allg. Pathol. I. Bd.
Hünerfauth, Ueber die habituelle Obstipation und ihre Behandlung mit Elektricität, Massage und Wasser. II. Aufl. Wiesbaden 1890.
Staffel, Die menschlichen Haltungstypen und ihre Beziehungen zu den Rückgratverkrümmungen. Mit 20 Abbildungen und 1 Tafel. Wiesbaden, 1889.
Moos, Histologische und bacterielle Untersuchungen über Mittelohrerkrankungen. Mit 3 Tafeln. Wiesbaden 1890.
Schmaus, Die Compressions-Myelitis bei Caries der Wirbelsäule. Mit 3 Farbentafeln und mehreren Textabbildungen. Wiesbaden 1890.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.